

〈提出書類について〉

1. 送付書類

- ① 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書
- ② 組合員資格取得届
- ③ 給付金振込口座届
- ④ 連絡用住所・電話番号
- ⑤ 保険医登録申請書
- ⑥ 麻薬施用者免許申請書
- ⑦ 近畿厚生局における保険医等の登録申請に係る連絡票
- ⑧ インターネット系ネットワーク利用登録申請書兼メールアドレス申請書
- ⑨ 宣誓書
- ⑩ 健康診断票
- ⑪ 抗体調査表
- ⑫ マイナンバー「通知カード」のコピーの提出について（お知らせ）
- ⑬ 採用書類チェックシート

以下、被扶養者がある場合は提出してください。

- ⑭ 被扶養者申告書
- ⑮ 申立書 ※被扶養者1名につき1部必要
- ⑯ 被扶養者同居・別居届
- ⑰ 年金第3号被保険者関係届

2. 記入方法

別紙（記入例）を参考に、必要部分のみ記入して下さい。

- ・記入漏れのないように書類を作成して下さい。
- ・必ず押印して下さい（サイン不可）。
- ・申請日等は記入しないで下さい（申請時に記入します）。
- ※但し、⑨宣誓書の日付は令和7年4月1日とすること。
- ・住所については、医師公舎希望の方は入居後の住所を記入して下さい（部屋番号は2月下旬に通知予定です）。

3. 記入における注意事項

- ・各書類について、令和7年4月1日時点の状態を記入してください。
- ・同封している「記入例」をよく読んで記入してください。
- ・職員番号や組合員証の記号・番号は空白でお願い致します。
- ・黒のボールペンを使用し、消せるボールペン等には使用しないでください。
- ・印鑑は、シャチハタ以外のものを使用してください。
- ・誤って記入した箇所は二重線で消したうえで、印鑑を押し正しく記入してください。

4. 提出書類

- (1) 上記①～⑬の書類
※⑭～⑰の書類は該当者のみ

- (2) 住民票
- (3) 年金手帳の写し（年金番号がわかるページ）
- (4) 雇用保険被保険者証の写し（雇用保険に加入されたことがある方）

5. 提出期限（提出書類は必ず切厳守）

(1) 【2月10日（月）までに郵送するもの】

- ・ 上記①～⑬の書類（⑭～⑰の書類は該当者のみ）

※⑩健康診断票については必ず切：入職日まで（最寄りの医療機関で「診断票」（両面印刷）に記載された全項目について、入職 3 か月前～入職日までに健康診断をご自身で予約の上、受診ください。）

- ・ 住民票
- ・ 年金手帳の写し（年金番号がわかるページ）
- ・ 雇用保険被保険者証の写し（雇用保険に加入されたことがある方）

(2) 【4月1日（火）に持参するもの】

- ・ 印鑑（シャチハタ不可）

6. その他

- (1) 医師（歯科医師）免許の「登録済証明書」が届き次第、原本を提出して下さい。
（保険医登録・麻薬施用者免許証の申請に必要です）。
- (2) 「医師（歯科医師）免許証」が届き次第、コピーを提出して下さい。

採用書類 チェックシート

(氏名：)

※本チェックシートは採用書類提出時に併せてご提出ください。
※当院での勤務開始時点の住所をご記入ください。未定の場合は空欄で提出し、決まり次第早急にご連絡ください。

No.	資料名	該当者	提出方法	提出	備考欄（提出できない理由等を記載してください）
1	給与所得者の扶養控除等（異動）申告書	全員	指定の様式に記入下さい		
2	組合員資格取得届書	全員	指定の様式に記入下さい		
3	給付金振込口座届	全員	指定の様式に記入下さい		
4	連絡用住所・電話番号	全員	指定の様式に記入下さい		
5	保険医登録申請書	全員	指定の様式に記入下さい		
6	麻薬施用者免許申請書	全員	指定の様式に記入下さい		
7	近畿厚生局における保険医等の登録申請に係る連絡票	全員	指定の様式に記入下さい		
8	インターネット系ネットワーク利用登録申請書 兼メールアドレス申請書	全員	指定の様式に記入下さい		
9	宣誓書	全員	指定の様式に記入下さい		
10	健康診断票	全員	指定の様式に記入下さい		
11	抗体調査表	全員	指定の様式に記入下さい		
12	マイナンバー「通知カード」のコピーの提出について	全員	ご自身でご準備下さい		
13	採用書類 チェックシート（本紙）	全員	本紙に記入下さい		
14	被扶養者申告書	該当者のみ	指定の様式に記入下さい		
15	申立書（被扶養者1名につき1部必要）	該当者のみ	指定の様式に記入下さい		
16	被扶養者同居・別居届	該当者のみ	指定の様式に記入下さい		
17	年金第3号被保険者関係届	該当者のみ	指定の様式に記入下さい		
18	住民票	全員	ご自身でご準備下さい		
19	年金手帳の写し（年金番号がわかるページ）	全員	ご自身でご準備下さい		
20	雇用保険被保険者証の写し	該当者のみ	ご自身でご準備下さい		

令和7年分 給与所得者の扶養控除等（異動）申告書



所轄税務署長等	給与の支払者の名称（氏名）		（フリガナ） あなたの氏名	あなたの生年月日	明・大・昭 平・令	年	月	日	従たる給与についての扶養控除等申告書の提出 （提出している場合には、○印を付けてください。）
税務署長	給与の支払者の法人（個人）番号	※この申告書の提出を受けた給与の支払者が記載してください。	あなたの個人番号	世帯主の氏名					
市区町村長	給与の支払者の所在地（住所）		あなたの住所 又は居所	（郵便番号 - ）					
					配偶者の有無	有・無			

あなたに源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族がなく、かつ、あなた自身が障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生のいずれにも該当しない場合には、以下の各欄に記入する必要はありません。

主たる給与から控除を受ける	区分等	（フリガナ）氏名	個人番号		老人扶養親族 （昭31.1.1以前生）	特定扶養親族 （平15.1.2生～平19.1.1生）	令和7年中の所得の見積額	非居住者である親族	住所又は居所	異動月日及び事由 （令和7年中に異動があった場合に記載してください （以下同じです。））
			あなたとの続柄	生年月日				生計を一にする事実 （該当する場合は○印を付けてください。）		
	A 源泉控除対象配偶者（注1）						円			
	B 控除対象扶養親族（16歳以上） （平22.1.1以前生）	1				☐ 同居老親等 ☐ その他	☐ 16歳以上30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払			
						☐ 特定扶養親族	円			
		2				☐ 同居老親等 ☐ その他	☐ 16歳以上30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払			
						☐ 特定扶養親族	円			
		3				☐ 同居老親等 ☐ その他	☐ 16歳以上30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払			
						☐ 特定扶養親族	円			
		4				☐ 同居老親等 ☐ その他	☐ 16歳以上30歳未満又は70歳以上 ☐ 留学 ☐ 障害者 ☐ 38万円以上の支払			
					☐ 特定扶養親族	円				
C 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生	☐ 障害者	該当者 区分 一般の障害者 特別障害者 同居特別障害者	本人	同一生計配偶者（注2）	扶養親族 （人） （人） （人）	☐ 寡婦 ☐ ひとり親 ☐ 勤労学生	障害者又は勤労学生の内容（この欄の記載に当たっては、裏面の「2 記載についてのご注意」の(9)をお読みください。）			異動月日及び事由
上の該当する項目及び欄にチェックを付け、（ ）内には該当する扶養親族の人数を記入してください。										

D 他の所得者が控除を受ける扶養親族等	氏名	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	控除を受ける他の所得者			異動月日及び事由
					氏名	あなたとの続柄	住所又は居所	

○住民税に関する事項（この欄は、地方税法第45条の3の2及び第317条の3の2に基づき、給与の支払者を經由して市区町村長に提出する給与所得者の扶養親族等申告書の記載欄を兼ねています。）

16歳未満の扶養親族（平22.1.2以後生）	（フリガナ）氏名	個人番号	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	控除対象外国外扶養親族 （該当する場合は○印を付けてください。）	令和7年中の所得の見積額（※）	異動月日及び事由	※ 「令和7年中の所得の見積額」欄には、退職所得を除いた所得の見積額を記載します。	
	1						円			
	2							円		
退職手当等を有する配偶者・扶養親族	（フリガナ）氏名	個人番号	あなたとの続柄	生年月日	住所又は居所	非居住者である親族 （該当する項目にチェックを付けてください。）	令和7年中の所得の見積額（※）	障害者区分	異動月日及び事由	寡婦又はひとり親
						☐ 配偶者 ☐ 30歳未満又は70歳以上 ☐ 障害者	円	☐ 一般 ☐ 特別		☐ 寡婦 ☐ ひとり親
						☐ 38万円以上の支払				

○この申告書は、あなたの給与について扶養控除、障害者控除などの控除を受けるために提出するもので、2か所以上から給与の支払を受けている場合には、この申告書は、源泉控除対象配偶者、障害者に該当する同一生計配偶者及び扶養親族に該当する人がいない人も提出する必要があります。

○この申告書の記載に当たっては、裏面の「1 申告についてのご注意」等をお読みください。

記載のしかたはこちら



組合員資格取得届書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

所属コード	0 0 0 0	所属所名	〇〇局〇〇課																				
組合員の 記号・番号	記号	1	番号	1	2	3	4	5	6	資格取得年月日	令和	6	年	12	月	2	日						
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	基礎年金番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
フリガナ	キョウサイ ハナコ												昭和					性別	男	女			
氏 名	共 済 花 子												平成	9	年	3	月	3	日	性別	男	女	
住 所	郵便番号	6	5	0	ー	8	5	7	(保険事務担当の方へ) ※所属で個人番号に相違ないか確認後、個人番号確認書類は組合員に返却してください。 共済組合への提出時に、個人番号確認書類の添付は不要です。														
	神戸市中央区加納町6丁目5ー																						
	電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 ー 〇〇〇〇																						
住 所	住民票住所 (上記の住所と住民票住所が異なる場合のみ記入) 郵便番号																						
備 考	(後期高齢者医療被保険者証を交付する組合員に限り) 資格取得年月日： 有効期限：												要件に該当する場合に資格確認書を交付します。 該当する要件及び「交付を希望します」にシ点を記入してください。				受給の有無		有 ☒ 無 ☐				
資格確認書の 交付希望 ※希望する場 合に記入	以下の要件に該当する場合に交付します。 いずれかに☑を入れてください。 ☐ マイナンバーカードを取得していない、または返納した。 ☐ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない。 ☐ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れで、継続利用の意思がない。												☐ 左記の交付要件に該当するため 資格確認書の交付を希望する										
上記のとおり組合員の資格を取得しましたので届け出ます。																		令和 6 年 12 月 2 日					
組合員氏名 共 済 花 子																							
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。																		令和 6 年 12 月 2 日					
補職名 〇〇局〇〇課長 所属所長 氏名 〇 〇 〇 〇																							

《提出にあたっての注意事項》

- 「給付金振込口座届」(様式3-11)を併せて提出してください。
- 高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている者である場合、「備考」欄に後期高齢者医療被保険者証の資格取得年月日及び有効期限をそれぞれ記入してください。

共済組合受付印

組合員資格取得届書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

所属コード	8791	所属所名	神戸市立医療センター中央市民病院		
組合員の 記号・番号	記号	番号	資格取得年月日	令和	年 月 日
個人番号				基礎年金番号	
フリガナ				生年月日	昭和 年 月 日
氏 名				平成 年 月 日	性別 男・女
住 所	郵便番号 -				
	電話番号 () -				
	住民票住所（上記の住所と住民票住所が異なる場合のみ記入） 郵便番号 -				
備 考	(後期高齢者医療被保険者証をお持ちの場合に記入) 資格取得年月日： 有効期限：			年金受給の有無	有 無
資格確認書の 交付希望 ※希望する場 合に記入	以下の要件に該当する場合に交付します。 いずれかに☑を入れてください。 ☐ マイナンバーカードを取得していない、または返納した。 ☐ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない。 ☐ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れで、継続利用の意思がない。			☐ 左記の交付要件に該当するため 資格確認書の交付を希望する	
上記のとおり組合員の資格を取得しましたので届け出ます。 令和 年 月 日					
組合員氏名					
上記の記載事項は、事実と相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日					
補職名 神戸市立医療センター中央市民病院 事務局総務課長 政枝 洋一		所属所長 氏名			

《提出にあたっての注意事項》

- 「給付金振込口座届」（様式3-11）を併せて提出してください。
- 高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている者である場合、「備考」欄に後期高齢者医療被保険者証の資格取得年月日及び有効期限をそれぞれ記入してください。

共済組合受付印

給付金振込口座届

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

組合員証の 記号・番号	記号 3	所 属	〇〇局〇〇課	電話 内線〇〇〇-〇〇〇〇						
	番号 記入不要)									
神戸市職員共済組合の短期給付にかかる給付金の振込口座について、次のとおり届け出ます。										
令和 年 月 1 日										
住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1										
組合員の 氏名 共 済 花 子										
[自宅(携帯)電話(090)0000-0000]										
振 込 口 座	金 融 機 関 名		種 別	口 座 番 号 (右づめ)						
	きょうさい 銀行・農協 金庫・組合 神戸 支店 (本店・出張所)		普 通 普通以外のときは下記 に記入してください ()	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ キョウサイ ハナコ									
	名 義 共 済 花 子									

《提出にあたっての注意事項》

- 1 電話番号は、日中に連絡のとれるものをご記入ください。
- 2 振込口座は、組合員名義のものに限ります。ただし、組合員死亡による資格喪失の場合は、遺族等の口座を記入してください。
- 3 退職による資格喪失については、本書による届出は不要です。

振込先が「ゆうちょ銀行」の場合

下記のとおり、他の金融機関への振込用の店名等を記入してください。

(通帳に「振込用の店名・預金種目・口座番号」の記載がある場合、その内容を記入してください。)

記入欄	記入するもの	備 考
支 店	店名 (漢数字3文字)	総合口座 (送金機能の付いた通常貯金・通常貯蓄貯金) の場合 「記号」の「左から2けた目と3けた目」に「8」を加えたものが店名になります。 (例) 1 2 3 4 5 → 二三八支店
種 別	預金種目 (普通又は貯蓄)	
口座番号	数字7けた	桁数にかかわらず「番号」の最後の「1」を取ります。 (例) 1 2 3 4 5 6 7 1 → 1 2 3 4 5 6 7 ※「番号」が「数字8けた未満」のときは、前に0をつけてください。 (例) 1 2 3 4 5 1 → 001 2 3 4 5

共済組合受付印

共済組合事務処理欄

受 付

口座登録

給付金振込口座届

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

組合員証の 記号・番号	記号	3	所 属	神戸市立医療センター中央市民病院 電話 078-3302-4321
	番号			

神戸市職員共済組合の短期給付にかかる給付金の振込口座について、次のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

住所
組合員の
氏名

[自宅・携帯] 電話 () -

振 込 口 座	金 融 機 関 名	種 別	口 座 番 号 (右づめ)					
	銀行・農協 金庫・組合	普 通 普通以外のときは下記 に記入してください (本店・出張所)						
	フリガナ							
名 義								

- 《提出にあたっての注意事項》
- 1 電話番号は、日中に連絡のとれるものをご記入ください。
 - 2 振込口座は、組合員名義のものに限ります。ただし、組合員死亡による資格喪失の場合は、遺族等の口座を記入してください。
 - 3 退職による資格喪失については、本書による届出は不要です。

振込先が「ゆうちょ銀行」の場合

下記のとおり、他の金融機関への振込用の店名等を記入してください。
(通帳に「振込用の店名・預金種目・口座番号」の記載がある場合、その内容を記入してください。)

記入欄	記 入 す る も の	備 考
支 店	店名（漢数字3文字）	総合口座（送金機能の付いた通常貯金・通常貯蓄貯金）の場合 「記号」の「左から2けた目と3けた目」に「8」を加えたものが店名になります。 (例) 1 2 3 4 5 → 二三八支店
種 別	預金種目（普通又は貯蓄）	
口座番号	数字7けた	桁数にかかわらず「番号」の最後の「1」を取ります。 (例) 1 2 3 4 5 6 7 1 → 1 2 3 4 5 6 7 ※「番号」が「数字8けた未満」のときは、前に0をつけてください。 (例) 1 2 3 4 5 1 → 0 0 1 2 3 4 5

共済組合受付印	共 済 組 合 事 務 処 理 欄	
	受 付	口座登録

連絡用住所・電話番号

連絡用医師名簿作成のため、住所・電話番号等をご記入の上提出してください。

なお、この情報は救急外来で緊急連絡に使用します。このため、電話番号等に変更がありましたら、速やかに総務課へ連絡してください。

診療科：_____

氏名：_____

職員番号：_____

住所：〒_____

電話番号：_____ — _____ — _____

メールアドレス：_____

(記載例)

※ 登録の記号及び番号						
※ 登録		該当する方を○で囲んで下さい。				
① 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師	フリガナ 氏 名	コウベ 神戸	タロウ 太郎	明・大 昭・ <u>平</u>	○年 ○月 ○日生	男・女
② 医籍 ・ 歯科医籍 ・ 薬剤師名簿	登 録 番 号	記入しないで下さい。		月 日	大・昭 平・令	記入しないで下さい。
③ 健康保険の診療・調剤に従事する <u>病院</u> ・診療所・薬局	名 称	〇〇 病院		担当診療科名	初期研修医	
	所 在 地	〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇				
④ 健康保険法第71条第2項第1号から第3号のいずれか（登録欠格事由）に該当	有 ・ 無	該 当 す る 法 律 名				
		内 容				
		該 当 年 月 日				
		処 分 権 者 等				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

記入しないで下さい。

氏名は、姓と名の間を1文字空けて記載してください。

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び住所

(住所) 〒

(氏名)

(連絡可能な電話番号TEL

印

)

近 畿 厚 生 局 長 殿

※ 登録の記号及び番号		保 険 医 保 険 薬 剤 師 登 録 申 請 書			
※ 登 録 年 月 日					
① 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬 剤 師	氏 名	明・大 昭・平・令 年 月 日生			男 ・ 女
② 医籍 ・ 歯科医籍 ・ 薬剤師名簿	登 録 番 号		登 録 年 月 日	明・大 昭・平・令 年 月 日	
③ 健康保険の診療・調剤に従事する 病院・診療所・薬局	名 称				担当診療科名 初期研修医
	所 在 地	〒 650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町2丁目1-1 電話 078 - 302 - 4321			
④ 健康保険法第71条第2項第1号 から第3号のいずれか（登録欠格 事由）に該当	有 ・ 無	該当する法律名			
		内 容			
		該 当 年 月 日			
		処 分 権 者 等			

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日

医師若しくは歯科医師又は薬剤師の氏名及び住所
住所 〒 -

氏名 電話 - - 印

中国四国厚生局長 殿

☒新規
☐継続

県収入証紙貼付
県収入証紙は、申請者において消印してはならない。

※免許番号
第 号
(※は申請者において、記入しないこと)

麻薬施用者免許申請書（記入例）

麻薬 業務所	ふりがな	ひょうごけんこうべしちゅうおうくみなとじまみなみまち		1 左記の業務所は開設届済である。 2 左記の免許番号及び年月日は本証と確認済である。 確認者 印
	所在地	〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町2丁目1番地1号		
	ふりがな	こうべしりつりょうせんたーちゅうおうしみんびょういん		
	名称	神戸市立医療センター中央市民病院		
従たる 施設	ふりがな			
	所在地	〒		
	ふりがな			
	名称	医師免許証番号と登録年月日を記入		
医師、歯科医師、獣医師の免許 (該当のものを○で囲むこと)		第 123456 号		
		大正・昭和・平成 7 年 8 月 9		該当しなければ「なし」と記入
申請者の 欠格条項	(1) 法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。	なし		
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。	なし		
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。	なし		
備 考				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。				
令和 年 月 日		住所は県名から記入 〒123-4567 住 所 兵庫県神戸市中央区〇〇町〇丁目〇-〇		
日付記入不要				
		(ふりがな) こうべ いちろう 氏 名 神戸 一郎		
兵庫県知事 様		押印不要		

診 断 書	氏名と生年月日のみ記入			
	氏名	神戸 一郎	〔生年月日〕	大正・昭和・平成 〇年 〇月 〇日生
	1 精神機能の障害 ☐ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）			
	2 麻薬又は覚醒剤の中毒 ☐ なし ☐ あり			
	上記のとおり診断する。 令和 年 月 日			
医師住所 神戸市中央区港島南町2丁目1-1 医師氏名				

- (注) 1 申請時には、医師等の免許証、卸又は小売業者の免許申請の場合には、薬局等の開設許可証を持参すること。
2 欠格条項欄は、なければ「なし」、あれば理由・事実・年月日等を記載すること。
3 申請書は2部作成し、正本1通に収入証紙を貼付し、所轄の健康福祉事務所又は保健所設置市（神戸市については区役所（施用・管理・研究者）または保健所（小売業者））に提出すること。
ただし、保健所設置市内の麻薬卸売業者免許申請は、県薬務課に提出すること。

☒新規
☐継続

県収入証紙貼付
県収入証紙は、申請者において消印してはならない。

※免許番号
第 号
(※は申請者において、記入しないこと)

麻薬施用者免許申請書

麻薬 業務所	ふりがな	ひょうごけんこうべしちゅうおうくみなとじまみなみまち		1 左記の業務所は開設届済である。 2 左記の免許番号及び年月日は本証と確認済である。 確認者 印
	所在地	〒650-0047 兵庫県神戸市中央区港島南町2丁目1番地1号		
	ふりがな	こうべしりつりょうせんたーちゅうおうしみんびょういん		
	名 称	神戸市立医療センター中央市民病院		
従たる 施設	ふりがな			
	所在地	〒		
	ふりがな			
	名 称			
医師、歯科医師、獣医師の免許 (該当のものを○で囲むこと)		第 号		
		大正・昭和・平成 年 月 日		
申請者の 欠格条項	(1) 法第51条第1項の規定により免許を取り消されたこと。			
	(2) 罰金以上の刑に処せられたこと。			
	(3) 医事又は薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。			
備 考				
上記のとおり、免許を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 住 所 (ふりがな) 氏 名 兵庫県知事 様				

診 断 書	(上記申請者)	
	氏名 [生年月日] 大正・昭和・平成 年 月 日生	
	1 精神機能の障害 ☐ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況(できるだけ具体的に)	
	2 麻薬又は覚醒剤の中毒 ☐ なし ☐ あり 上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 医師住所 神戸市中央区港島南町2丁目1-1 医師氏名	

(注) 1 申請時には、医師等の免許証、卸又は小売業者の免許申請の場合には、薬局等の開設許可証を持参すること。
2 欠格条項欄は、なければ「なし」、あれば理由・事実・年月日等を記載すること。
3 申請書は2部作成し、正本1通に収入証紙を貼付し、所轄の健康福祉事務所又は保健所設置市(神戸市については区役所(施用・管理・研究者)または保健所(小売業者))に提出すること。
ただし、保健所設置市内の麻薬卸売業者免許申請は、県薬務課に提出すること。

近畿厚生局における保険医等の登録申請に係る連絡票

近畿厚生局事務所等からの登録申請書に関する照会等の連絡が円滑に行われるよう連絡先を登録願います。

申請年月日	令和 年 月 日	
申請者の氏名・連絡先		
氏 名	(フリガナ)	
T E L		
F A X		
勤務（予定）保険医療機関・薬局		
医療機関（薬局）コード		5107418
名 称 等	法人名	(フリガナ) 神戸市立医療センター中央市民病院 地方独立行政法人 神戸市民病院機構
	機関名	(フリガナ) 神戸市立医療センター中央市民病院 神戸市立医療センター中央市民病院
	T E L	(代表) 078-302-4321
	F A X	078-302-7537

(個人利用申請用) インターネット系ネットワーク利用登録申請書兼メールアドレス申請

※ 職務上の所属
○看護部 ×7東病棟 の場合、1・3をご記入ください。

1. 申請者

所属名		☐ 法人本部 ☒ 中央市民病院 ☐ 西市民病院 ☐ 西神戸医療センター ☐ アイセンター	
		(部署) 事務局総務課	
端末 管理者	(フリガナ) 氏名	(姓)	(名)
		チュウオウ	タロウ
	中央	太郎	
	職員番号	10000X	連絡先
		内線 1000 PHS	
生年月日		昭和・平成 年 月 日	

個人所有の端末は最大2台まで登録できます。
1台ずつ申請してください。

必ず所属長の署名と印をもらってください。
(所属長印が無い場合は登録できません)

2. 使用する端末を申請する (個人利用は最大2台までです。端末1台ごとに申請が必要です)

使用端末	☒ パソコン (Windows) ☐ パソコン (Mac) ☐ プリンタ ☐ タブレット・スマートフォン ☐ NAS ☐ その他 (具体的に)	購入者	☐ 利用者本人 (個人所有) ☒ 事務局予算 ☐ 学術研究費・治験費 ☐ その他 ☐ 不明
	メーカー Z Z Z Z Z 型番 X X X X X X		
利用場所	館 階 記入不要 (部・課・室・科・病棟・医局)		
OS	☒ Windows 10・ ☐ Mac OS() ☐ Linux ☐ その他 ()		
セキュリティソフト	☐ ノートン ☒ ウィルスバスター ☐ マカフィー ☐ セキュリティZERO ☐ カスペルスキー ☐ ESET ☐ ※パソコンはWi-Fi ※Windows Defender		
MACアドレス	☐ 有線 ☒ 無線		
	Macアドレスの調べ方を参照し、記載してください。 (未記入の場合は登録できません)		

※ 物理アドレス、Ethernetアドレス、Wi-Fi アドレス
※ 一つの端末で利用できるのは原則、有線・無線どちらか一つです。
※ 西市民病院は無線LANは電子カルテと混線しないように IEEE 802.11a (5GHz) 以外の規格を使用してください

3. メールアドレスを申請する (必要時)

いずれかをチェックしてください。

申請の有無	☐ 申請する ☐ 申請しない
※ メールアドレス、パスワードは機構のルールにより登録します。 ※ アドレスは検索できるように院内では原則公開します	

登録作業 確認

法人本部情報戦略課での確認		
課長	係長	担当

各施設内事務担当課での確認		
課長	係長	担当

裏面の誓約書は、申請の都度 **チェック・記入・押印** し、両面印刷してください。

誓約書（個人利用端末管理用）

私は、「神戸市民病院機構インターネット系ネットワーク」の利用申請にあたり、公共の基盤・設備を利用すること、また病院というセキュリティをより重く受け止めるべき職場での利用であることを十分認識し、利用者に対し以下の項目を遵守したうえでネットワークを利用させることを誓約いたします。

チェック欄は12ヶ所あります

記

※ 下記の内容を確認し口にチェックしてください

【利用目的】

- ☐ 私は、インターネットを公務・学術研究以外の目的では利用させません。

【接続機器の制限】

- ☐ 私は、このネットワークに、許可を受けた端末機器以外のいかなる機器も接続させません。
- ☐ 私は、このネットワークに、許可を受けた端末機器を介して他のネットワークと接続する行為（例えば、スマートフォン、無線LAN危機、ルータ、スイッチなどを接続して使用すること）をさせません。

【不正使用の防止】

- ☐ 私は、Winny などファイル交換ソフトやコピー・ライセンス詐称など違法なソフトをインストールさせません。

【個人情報の取り扱い】

- ☐ 私は、許可を得た端末機器に、患者個人情報は保存させません。やむを得ず保存する場合は、所属長の許可を受けるとともに、暗号化ソフトで必ず暗号化させます。
- ☐ 私は、患者個人情報を電子メールで送信させません。業務上必要な場合は、所属長の許可を受けるとともに、添付ファイルにパスワードを設定し送信させます。パスワードは添付ファイルとは別のメール等で連絡し添付ファイルとは同時に送信させません。

【セキュリティ対策】

- ☐ 私は、許可を得た端末機器に、ウィルス対策ソフト（有効期限があるもの）をインストール・稼働させた上で利用させます。
- ☐ 私は、常にインターネットを介した情報漏洩等の事例を注視し、不審な添付ファイルを開いたり、怪しいリンクを開くなど不用意な行為をさせません。

【利用記録・監査】

- ☐ 私は、ネットワークの利用状況（接続先など）を記録されることや、接続端末のウィルス対策ソフトの稼働状況について監査を受けることに異存はありません。

【変更時の届け出義務】

- ☐ 私は、端末利用を停止する時には速やかに、「使用停止、廃止申請書」を提出いたします。また今回申請した内容に変更が生じた場合も速やかに届け出いたします。

【処罰】

- ☐ 私は、端末利用者が上記に反する行為により、理由を問わず個人情報の漏洩やネットワークに重大な障害を発生させた場合には、市民病院機構の規定に従い処分（懲戒処分等）を科せられることを確認いたします。

【事前研修問題の実施】

- ☐ 私は、利用申請にあたり提供された事前研修問題を実施し、セキュリティに対する知識を学習いたしました。

記入日

令和 年 月 日

地方独立行政法人神戸市民病院機構
法人本部長 様

職務上の所属

○看護部 ×7東病棟

管理者（所属： 事務局総務課
（自署署名）氏名： 中央 太郎



(個人利用申請用)
インターネット系ネットワーク利用登録申請書兼メールアドレス申請書

※ メールアドレスのみ申請の場合、1・3をご記入ください。

1. 申請者

所属名		☐ 法人本部 ☒ 中央市民病院 ☐ 西市民病院 ☐ 西神戸医療センター ☐ アイセンター	
		(部署)	(職種) 医師
端末 管理者	(フリガナ) 氏名	(姓)	(名)
			(印)
	職員番号 (又は生年月日)		連絡先
		内線	PHS
所属長		(印) ※必ず所属長の許可を得てください (委託・派遣職員は配属先の長)	

2. 使用する端末を申請する (個人利用は最大2台までです。端末1台ごとに申請が必要です)

使用端末	☐ パソコン (Windows) ☐ パソコン (Mac) ☐ タブレット・スマートフォン		
	☐ プリンタ ☐ その他 (具体的に)		
	メーカー		型番
利用場所	館 階 (部・課・室・科・病棟・医局)		
OS	☐ Windows 10・11 ☐ Mac OS・iOS ☐ Android ☐ その他 ()		
所有者 (購入者)	☐ 事務局配布 (機構のセキュリティソフトをインストールします。)		
	☒ 利用者本人 (個人所有) ☐ 学術研究費・治験費 ☐ その他 ()		
セキュリティソフト	※ 事務局配布のPCはネットワーク担当者が機構のソフトをインストールします。 それ以外の場合は下記のいずれかを入れてください。 ☐ ノートン ☐ ウィルスバスター ☐ マカフィー ☐ セキュリティZERO ☐ カスペルスキー ☐ ESET ☐ ※パソコンはWin・Mac問わず、必ずインストールしてください。 ※Windows Defenderは評価が分かれるため現在認めておりません。		
MACアドレス	有線LAN	☐	
	無線LAN	☒	
	※ 物理アドレス、Ethernetアドレス、Wi-Fi アドレス などと表記されています。 ※ 一つの端末で利用できるのは原則、有線・無線どちらか一つです。 ※ 西市民病院は無線LANは電子カルテと混線しないように IEEE 802.11a (5GHz) 以外の規格を使用してください。		

3. メールアドレスを申請する (必要時)

申請の有無	☒ 申請する ☐ 申請しない	※ メールアドレスは機構のルールにより登録します ※ アドレスは検索できるように院内では原則公開します
使用端末	☐ 上記と同じ ☐ 上記と異なる・未記入 ⇒ OS ()	

※ 裏面の誓約書も必ずご記入ください

登録作業	法人本部情報戦略課での確認			各施設内事務担当課での確認		
確認	課長	係長	担当	課長	係長	担当

担当者記入欄 (ホスト名 :) VBBSS ☐ Office ☐

誓約書（個人利用端末管理者用）

私は、「神戸市民病院機構インターネット系ネットワーク」の利用申請にあたり、公共の基盤・設備を利用すること、また病院というセキュリティをより重く受け止めるべき職場での利用であることを十分認識し、利用者に対し以下の項目を遵守したうえでネットワークを利用させることを誓約いたします。

記

※ 下記の内容を確認し口にチェックしてください

【利用目的】

- ☐ 私は、インターネットを公務・学術研究以外の目的では利用しません。

【接続機器の制限】

- ☐ 私は、このネットワークに、許可を受けた端末機器以外のいかなる機器も接続しません。
- ☐ 私は、このネットワークに、許可を受けた端末機器を介して他のネットワークと接続する行為（例えば、スマートフォン、無線LAN機器、ルータ、スイッチなどを接続して使用すること）をいたしません。

【不正使用の防止】

- ☐ 私は、ファイル交換ソフトやコピー・ライセンス詐称など違法なソフトをインストールしません。

【個人情報の取り扱い】

- ☐ 私は、許可を得た端末機器に、患者個人情報は保存しません。やむを得ず保存する場合は、所属長の許可を受けるとともに、暗号化ソフトで必ず暗号化します。
- ☐ 私は、患者個人情報を電子メールで送信しません。業務上必要な場合は、所属長の許可を受けるとともに、添付ファイルにパスワードを設定し送信します。パスワードは添付ファイルとは別のメール等で連絡し添付ファイルとは同時に送信しません。

【セキュリティ対策】

- ☐ 私は、許可を得た端末機器に、ウィルス対策ソフト（有効期限があるもの）をインストール・稼働した上で利用します。
- ☐ 私は、常にインターネットを介した情報漏洩等の事例を注視し、不審な添付ファイルを開いたり、怪しいリンクを開くなど不用意な行為をいたしません。

【利用記録・監査】

- ☐ 私は、ネットワークの利用状況（接続先など）を記録されることや、接続端末のウィルス対策ソフトの稼動状況について監査を受けることに異存はありません。

【変更時の届け出義務】

- ☐ 私は、端末利用を停止する時には速やかに、「使用停止、廃止申請書」を提出いたします。また今回申請した内容に変更が生じた場合も速やかに届け出いたします。

【処罰】

- ☐ 私は、上記に反する行為により、理由を問わず個人情報の漏洩やネットワークに重大な障害を発生させた場合には、市民病院機構の規定に従い処分（懲戒処分等）を科せられることを確認いたします。

【事前研修問題の実施】

- ☐ 私は、利用申請にあたり提供された事前研修問題を実施し、セキュリティに対する知識を学習いたしました。

【個人所有の端末を持ち込む場合】

- ☐ 私は自身の所有する端末を院内に持ち込む場合、必ず事前にウィルス対策ソフトのフルスキャンとEmoCheckを行い、端末の安全を確認した上で院内のネットワークに接続します。

令和 年 月 日

地方独立行政法人神戸市民病院機構

法人本部長 様

管理者（所属： ）
（自署署名）氏名：

⑩

宣 誓 書

私は、神戸市民病院機構の職員として、患者の立場に立って、人間性豊かなあたたかい医療を提供することにより、市民の生命と健康を守ることを固く誓います。

私は、神戸市民病院機構の職員として、市民の信頼に応えるため、効率的に医療を提供することに努め、就業規則を遵守し、誠実かつ公正に職務を執行することを固く誓います。

年 月 日

氏名

印

神戸市立医療センター中央市民病院
令和7年度採用初期研修医 採用内定者 健康診断票

(ふりがな)		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日	年齢	歳
氏名						
Ⅰ．あなたの現在の健康状態はどうですか。						
☐ 非常に良い ☐ 普通 ☐ 病気にかかっている						
(病名と症状)						
(発症した時期) 頃						
Ⅱ．今までに入院したり、半年以上病気をしたりしたことがありますか。						
「ある」場合には下欄に記入してください。						
☐ ある		1	2	3		
	病名又は病状					
	病気をした時期	年 月頃	年 月頃	年 月頃		
☐ ない	病気をした期間	約 日	約 日	約 日		

以降の欄については、受検者は記入しないでください。

身長		cm	心電図			
体重		kg				
BMI						
腹囲		cm	聴力	1000Hz	右	1 所見なし 2 所見あり
視力	右	()			左	1 所見なし 2 所見あり
	左	()		4000Hz	右	1 所見なし 2 所見あり
血圧		mmHg			左	1 所見なし 2 所見あり

備考

- 1 労働安全衛生規則第43条の雇入時の健康診断を行ったときに用いる。
- 2 BMIは、次により算出する。

$$\text{BMI} = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$$

- 3 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入する。

肝機能	GOT	IU/l	胸部X線検査	フィルム番号	
	GPT	IU/l		No.	
	γ-GTP	IU/l	撮影日	年 月 日	
血中脂質	LDLコレステロール	mg/dl			
	HDLコレステロール	mg/dl			
	トリグリセライド	mg/dl			
貧血	赤血球数	万/mm ³			
	血色素量	g/dl			
尿	蛋白	- + ++ +++			
	糖	- + ++ +++			
血糖		mg/dl			
医師の診断				備考	
異常なし ・ 要精密検査 ・ 要治療					

(健診年月日) 年 月 日

(医療機関の住所及び名称)

医師

印

新規入職者に対する職業感染予防のための指針 (院内感染防止に係る対応について)

神戸市立医療センター中央市民病院
感染管理室

I. 指針

- 1、当院では職員全員の感染予防（うつさない）と健康の確保（もらわない）の一環として、患者と接触する可能性のある職員全員（協力法人職員含む）を対象に、必要なワクチン接種の徹底を行っている。
- 2、ワクチン接種及び抗体価検査が必要なウイルス感染症は麻疹、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、B型肝炎である。
- 3、職種ごとの対応は以下の通りである。

職種	対応
医師、歯科医師、看護師、助産師、准看護師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師、心理判定員、診療放射線技師、薬剤師、臨床工学技士、	・ワクチン接種歴、抗体価を抗体調査表に明記し、各種証明書を提出する。 ・ワクチン接種、抗体価検査が追加で必要な場合は入職までに自身で実施。
ナースエイド、救命士クラーク、院内保育士、事務職員、委託派遣職員、KMCP 協力法人	・ワクチン接種歴、抗体価がある場合はそれらを抗体調査表に明記し、各種証明書を提出する。 ・ワクチン接種、抗体価検査が追加で必要な場合は入職後実施。

- 3、基準については、一般財団法人日本環境感染学会『医療従事者のためのワクチンガイドライン（第2版）』に準拠し作成し、『医療従事者のためのワクチンガイドライン（第3版）』に準拠し改訂を行った。
- 4、本指針および対応については、平成28年度入職者（平成28年4月1日）より適応を開始する。
- 5、入職後のワクチン接種及び抗体価検査は、職員への曝露リスク、発症による院内感染のリスクがある。リスクを最小限にする為、入職前の必要なワクチン接種・抗体価獲得により、職業感染予防を図る。
- 6、ワクチン接種禁忌者は、その旨を備考欄に記入する。

以上

最終更新：2024年6月



記入日：西暦 年 月 日

抗体調査表：入職者用

職 種：_____

氏 名：_____

入職予定日：西暦 年 月 日

○説明文

1. 記入上の注意事項と提出書類について

- ・母子健康手帳のコピー（ワクチン接種歴の頁）は接種記録の有無に関わらず、必ず提出すること。
- ・各証明書類について、下記内容を確認の上、提出する。

	証明書の種類	注意事項
ワクチン接種歴	・母子健康手帳（コピー）必須	ワクチンの種類、接種日が明記されていること。
抗体価結果	・医療機関、学校（施設）が発行する書類	抗体価の数値、検査方法、検査日が明記されていること。

- ・提出された書類は原則返却不可の為、必ずコピーを添付する。
- ・職種ごとの対応は以下の通りである。

職種	対応
医師、歯科医師、看護師、助産師、准看護師、歯科衛生士、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床検査技師、心理判定員、診療放射線技師、薬剤師、臨床工学技士、	・ワクチン接種歴、抗体価を抗体調査表に明記し、各種証明書を提出する。 ・ワクチン接種、抗体価検査が追加で必要な場合は入職までに自身で実施。
ナースエイド、救命士クラーク、院内保育士、事務職員、委託派遣職員、KMCP 協力法人	・ワクチン接種歴、抗体価がある場合はそれらを抗体調査表に明記し、各種証明書を提出する。 ・ワクチン接種、抗体価検査が追加で必要な場合は入職後実施。

2. その他

- ・ワクチン接種は接種間隔をあけなければならないものもある為、十分な余裕をもって受けるようにする。
- ・ワクチン接種禁忌者は、その旨を備考欄に記入する。また、抗体価検査を実施し、抗体価証明書類を添付する。

3. 提出締切

入職日の1ヶ月前まで

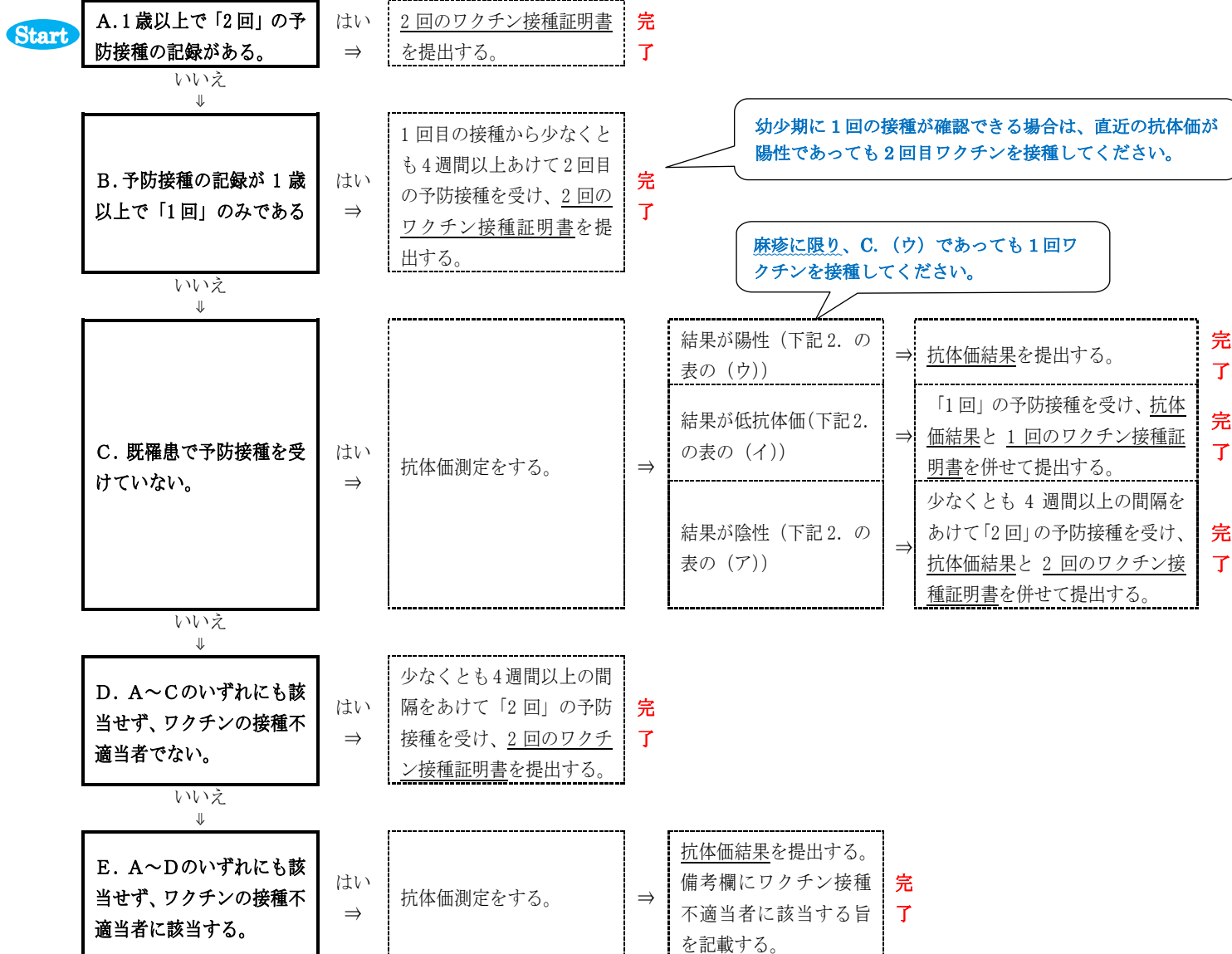
※当院での勤務決定が入職日より1ヶ月以内の場合は、勤務決定した段階でできるだけ早く提出する。
（厳しい場合は別途相談）

提出・問合せ先：〒650-0047 神戸市中央区港島南町 2-1-1
神戸市立医療センター中央市民病院 事務局総務課 感染担当
（代表）078-302-4321

□4 種ウイルス疾患（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）

【接種に際してのフローチャート】※医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版より

※必ず A. からスタートしてください。



【抗体価と必要予防接種回数】 ※医療関係者のためのワクチンガイドライン第3版より

	あと2回の予防接種が必要 (ア)	あと1回の予防接種が必要 (イ)	今すぐの予防接種は不要 (ウ)
麻疹	EIA法 (IgG) 2.0未満 PA法 1:16未満 中和法 1:4未満	EIA法 (IgG) 2.0以上16.0未満 PA法 1:16, 1:32, 1:64, 1:128 中和法 1:4	EIA法 (IgG) 16.0以上 PA法 1:256以上 中和法 1:8以上
風疹	HI法 1:8未満 EIA法 (IgG) (A) 2.0未満 EIA法 (IgG) (B) ΔA0.100未満 ※: 陰性 ELFA法 (C) 10IU/mL未満 LTI法 (D) 6IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4未満 FIA法 (G) 抗体価1.0AI未満 FIA法 (H) 10IU/mL未満	HI法 1:8, 1:16 EIA法 (IgG) (A) 2.0以上8.0未満 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL未満 ELFA法 (C) 10以上45IU/mL未満 LTI法 (D) 6以上30IU/mL未満 CLEIA法 (E) 10以上45IU/mL未満 CLEIA法 (F) 抗体価4以上14未満 FIA法 (G) 抗体価1.0以上3.0AI未満 FIA法 (H) 10以上30IU/mL未満	HI法 1:32以上 EIA法 (IgG) (A) 8.0以上 EIA法 (IgG) (B) 30IU/mL以上 ELFA法 (C) 45IU/mL以上 LTI法 (D) 30IU/mL以上 CLEIA法 (E) 45IU/mL以上 CLEIA法 (F) 抗体価14以上 FIA法 (G) 抗体価3.0AI以上 FIA法 (H) 30IU/mL以上
水痘	EIA法 (IgG) 2.0未満 IAHA法 1:2未満 中和法 1:2未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満 IAHA法 1:2 中和法 1:2	EIA法 (IgG) 4.0以上 IAHA法 1:4以上 中和法 1:4以上
おたふくかぜ	EIA法 (IgG) 2.0未満	EIA法 (IgG) 2.0以上4.0未満	EIA法 (IgG) 4.0以上

※ΔAは、ペアの吸光度の差（陰性の場合、国際単位への変換は未実施）

風疹HI法：なお、1:8以下の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

A: デンカ生研株式会社（ウイルス抗体EIA生研ルペラIgG）：なお、6.0未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

B: シーメンスヘルスケアアイスクラフティックス（エンザイクストロモ吸着/IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

C: シスメックス・バイオメリー株式会社（バイオスアッセイキットRUB IgG）：なお、25IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

D: 徳島製薬工業株式会社（ランピア ラテックス RUBELLA）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

E: ベックマン・コールター株式会社（アクセセル ルペラIgG）：なお、20IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

F: 株式会社保健科学西日本（i-アッセイCL 風疹IgG）：なお、抗体価11未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

G: バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex MMRV IgG）：なお、抗体価1.5AI未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

H: バイオ・ラッド ラボラトリーズ株式会社（BioPlex ToRC IgG）：なお、15IU/mL未満の場合は、第5期定期接種として1回MRワクチンの接種が可能です。

＜注意事項・確認事項＞

- ・【接種に際してのフローチャート】を確認した上で、以下（記入表）内の【フローチャート】欄へA. ～E. のいずれに該当するかを項目ごとに明記し、必要に応じた各証明書類を提出すること。
- ・抗体価検査を実施する場合、【抗体価と必要予防接種回数】に明記してある検査法で実施すること（**所定外の検査は無効とする**）。
- ・母子健康手帳（コピー）提出について、いずれかに☑を入れてください。

☐提出可 ☐紛失等の理由により提出不可

（記入表）

項 目		麻 疹	風 疹	水 痘	流行性耳下腺炎 (ムンプス・おたふく)
フローチャート (A. ～E. のいずれかを明記すること)		()	()	()	()
ワクチン 1 回目	接種日 (西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	種類 (該当するものに○)	・麻疹単独 ・MR ・MMR	・風疹単独 ・MR ・MMR	・水痘単独	・ムンプス単独 ・MMR
	証明書類の情報源 (該当するものに○)	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()
ワクチン 2 回目	接種日 (西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	種類 (該当するものに○)	・麻疹単独 ・MR ・MMR	・風疹単独 ・MR ・MMR	・水痘単独	・ムンプス単独 ・MMR
	証明書類の情報源 (該当するものに○)	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()
抗体価検査	検査日 (西暦)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	検査法 (所定の検査法で実施すること)				
	検査値				
	証明書類の情報源 (該当するものに○)	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()	・母子健康手帳 ・医療機関証明書 ・学校証明書 ・その他 ()
備考欄					

□B 型肝炎

1. 1) → 2) → 3) → 4) の順に対応する。1) 3) の接種の記録は①チェック欄、②ワクチン接種の記録、③証明書類の情報源、すべてを記入すること。また、詳細不明の場合でも、記憶の範囲内で記載すること。
2. 既感染者（HBs 抗体陽性）、HBV 感染者（HBs 抗原陽性）は接種対象外となるため、その旨を 5) に記載する。

1) 1シリーズ目接種の記録

回数	①チェック欄	②ワクチン接種の記録（西暦）	③証明書類の情報源（該当するものに○）
1回目	☐ 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他()・証明書なし
	☐ 接種日詳細不明	()	
2回目	☐ 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他()・証明書なし
	☐ 接種日詳細不明	()	
3回目	☐ 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他()・証明書なし
	☐ 接種日詳細不明	()	



- 2) 1シリーズ目接種終了後の抗体価検査結果（必須）※3回目接種から1~2ヶ月後に測定すること。

抗体価		抗体検査の種類 (該当する検査法に○)	抗体測定日（西暦）	証明書類の情報源 (該当するものに○)
HBs 抗体		EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法	年 月 日	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他（ ）

→上記結果が、
10mIU/ml 以上の場合、免疫獲得と判断し終了。 10mIU/ml 未満の場合、3) 2 シリーズ目接種を実施する。



3) 2シリーズ目接種の記録

回数	①チェック欄	②ワクチン接種の記録（西暦）	③証明書類の情報源（該当するものに○）
1回目	☐ 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他()・証明書なし
	☐ 接種日詳細不明	()	
2回目	☐ 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他()・証明書なし
	☐ 接種日詳細不明	()	
3回目	☐ 接種日	(年 月 日)	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他()・証明書なし
	☐ 接種日詳細不明	()	



- 4) 2 シリーズ目接種終了後の抗体価検査結果 (必須) ※3 回目接種から 1~2 ヶ月後に測定すること。

抗体価		抗体検査の種類 (該当する検査法に○)	抗体測定日 (西暦)	証明書類の情報源 (該当するものに○)
HBs 抗体		EIA 法・CLIA 法・ ・RIA 法・CLEIA 法	年 月 日	母子健康手帳・医療機関証明書・学校証明書 ・その他 ()

→ 上記結果が、
10mIU/ml 以上の場合、免疫獲得と判断し**終了**。 **10mIU/ml 未満の場合**、ワクチン不応者と判断し**終了**。

5) 備考

職員各位

事 務 連 絡

中央市民病院総務課

マイナンバーが分かる書類のコピーの提出について
(依頼)

1. 提出について

本人と扶養親族のマイナンバーが分かる書類をA4サイズの下紙に
コピーし(裏面参照)、右上に職員番号と氏名を必ず記入してください。

※「マイナンバーカード」の場合、個人番号は裏面に記載されているので、両面コピーしてください。

2. 提出先

2階事務局総務課 担当まで

3. マイナンバーの利用目的

別紙のとおり

中央市民病院総務課

【チェック項目】

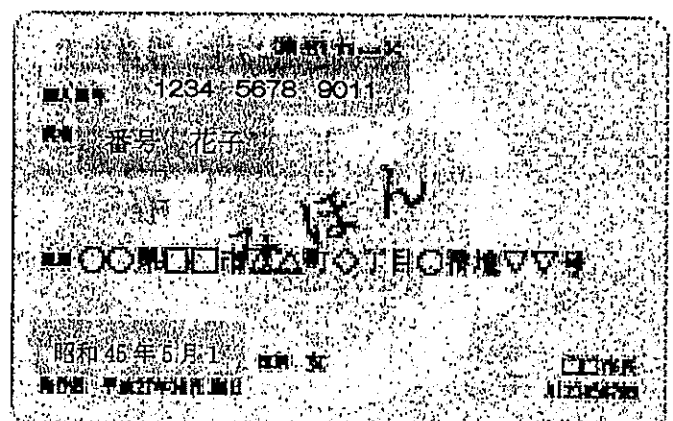
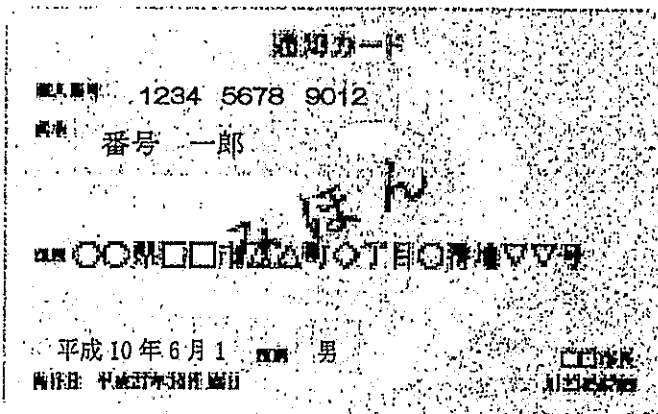
- ☐ 職員番号と氏名を記入していますか
- ☐ マイナンバーのコピーはご本人と扶養親族全員のものですか
- ☐ マイナンバー（個人番号）は鮮明に見えますか

（参考）提出見本

職員番号

氏 名

《ご本人と扶養親族分》



※「マイナンバーカード」の場合、個人番号は裏面に記載されているので、両面コピーしてください。

職 員 各 位

法人本部経営企画室
総務グループマネジャー

マイナンバーの利用目的について

提出いただいたマイナンバーは、下記の利用目的に利用します。

(1) 職員の個人番号の利用目的

- ①給与所得・退職所得の源泉徴収票作成事務
- ②財産形成住宅貯蓄・財産形成年金貯蓄に関する申告書、届出書及び申込書提出事務
- ③健康保険・厚生年金保険に関する届出、申請、請求事務
- ④共済組合に係る厚生年金、年金払い退職給付、短期給付、福祉事業、介護保険に関する届出、申請、請求事務
- ⑤雇用保険・労災保険に関する届出、申請、請求事務
- ⑥雇用保険・労災保険に関する証明書作成事務
- ⑦国民年金の第3号被保険者の届出に関する事務
- ⑧労働者災害補償保険法に基づく請求に関する事務
- ⑨地方公務員災害補償法に基づく請求に関する事務

(2) 職員の配偶者、扶養親族等の個人番号

- ①給与所得・退職所得の源泉徴収票作成事務
- ②健康保険・厚生年金保険届出事務
- ③共済組合に係る厚生年金、年金払い退職給付、短期給付、福祉事業、介護保険に関する届出、申請、請求事務
- ④国民年金の第3号被保険者の届出に関する事務

【問い合わせ先】

法人本部運営チーム TEL：940-0156

被扶養者申告書（増・減）

共済組合事務処理欄

標準報酬月額が不明な場合は空欄で結構です。

神戸市職員共済組合理事長 宛

組合員証の記号・番号		記号	1 2 3 4 5 6						所属名		〇〇局〇〇課					
組合員氏名		共 済 太 郎		組合員の生年月日		昭和・平成 57 年 1 月 1 日		標準報酬月額		〇〇等級 〇, 〇〇〇, 〇〇〇 円						
フリガナ		性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	住 所		異動年月日及び理由		※給与担当課記入欄	※共済組合記入欄				
被扶養者氏名											扶養手当受給の有無	判定	備考	認定区分		
キョウサイ サキミ		男・女	母	昭和	—	1,492,000 円	〒650-8570		令和 4 年 4 月 1 日		(増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他(減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢者・勤務先で社会保険加入・その他(減)	※普通認定者（扶養手当の支給対象者）の場合、給与担当課の認定と連動するため、原則扶養手当の支給決定後に共済組合の認定決定及び被扶養者証の送付を行います。 ※事実発生日が共済組合の受付日から 30 日以内の場合は事実発生日に遡って認定しますが、30 日を超えている場合は共済組合の受付日から認定となります。				
共 済 咲 美				平成 29 年 2 月 16 日			神戸市中央区加納町6丁目5-1									
キョウサイ イチロウ		男・女	父	昭和	—	—	〒 同 上		令和 4 年 4 月 1 日		(増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他(減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢者・勤務先で社会保険加入・その他(減)					
共 済 一 郎				平成 34 年 5 月 10 日												
		男・女		昭和			〒		令和 年 月 日		(増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他(減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢者・勤務先で社会保険加入・その他(減)	より	支給	認定・取消	特別障害	
				平成 年 月 日									廃止	証回収日 令和 年 月 日		
上記のとおり申告します。 令和 4 年 4 月 1 日												☐ 資格喪失証明書の発行を希望する ※扶養取消(減)の場合のみ有効				
申告者(住所) 神戸市中央区加納町6丁目5-1 (氏名) 共 済 太 郎																
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 4 年 4 月 1 日																
所属所長(補職名) 〇〇局〇〇課長 (氏名) 〇 〇 〇 〇												(担当署名) 〇 〇		(連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇		

- 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「異動年月日及び理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 申請するに至った事実発生日が確認できるもののコピーを添付してください。
- 普通認定者(扶養手当の支給対象者)の申請の場合は、給与担当課で扶養手当の支給・廃止が決定されてから共済組合の決定を行います。普通認定以外の認定の場合、申立書(様式 3-3-1)及び同居・別居届(様式 3-3-2)も必要です。また、その他添付書類が必要な場合があります。認定対象者が 20 歳以上 60 歳未満の配偶者である場合は、国民年金第 3 号被保険者関係届もあわせて提出してください。
- 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合より発行している被扶養者証もあわせて返却してください。
- 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合は、国内居住要件の例外に該当するかを確認のうえ、それを証する書類(留学先の学生証・査証など)および同居・別居届(様式 3-3-2)を添付してください。

給与担当課受付印	共済組合受付印

被扶養者申告書（増・減）

共済組合事務処理欄

標準報酬月額が不明な場合は空欄で結構です。

神戸市職員共済組合理事長 宛

組合員証の記号・番号		記号 1 番号 1 2 3 4 5 6						所属名		〇〇局〇〇課			
組合員氏名		共 済 太 郎		組合員の生年月日		昭和・平成 57 年 1 月 1 日		標準報酬月額		〇〇等級 〇, 〇〇〇, 〇〇〇 円			
フリガナ		性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	住 所		異動年月日及び理由		※給与担当課記入欄	※共済組合記入欄	
被扶養者氏名											扶養手当受給の有無	判定	備考
キョウサイ ジロウ		男・女	子	昭和	会社員	2,000,000 円	〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5-1		令和 4 年 4 月 1 日		令和 年 月	令和 年 月 日	普通
共 済 次 郎				平成 10 年 7 月 1 日					(増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他()		支給	認定・取消	
				令和	個人番号	* * *	* * *	* * *	(減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢者・勤務先で社会保険加入・その他()	より 廃止	証回収日 令和 年 月 日	障害	
		男・女		昭和			〒		令和 年 月 日		令和 年 月	令和 年 月 日	普通
				平成 年 月 日					(増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他()		(減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢者・勤務先で社会保険加入・その他()		
		男・女		昭和			〒		令和 年 月 日		令和 年 月	令和 年 月 日	普通
				平成 年 月 日					(増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他()		(減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢者・勤務先で社会保険加入・その他()		
上記のとおり申告します。 令和 4 年 4 月 1 日												☐ 資格喪失証明書の発行を希望する ※扶養取消(減)の場合のみ有効	
申告者(住所) 神戸市中央区加納町6丁目5-1 (氏名) 共 済 太 郎													
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 4 年 4 月 1 日													
所属所長(補職名) 〇〇局〇〇課長 (氏名) 〇 〇 〇 〇												(担当署名) 〇 〇	
												(連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇	

※普通認定者(扶養手当の支給対象者)の場合、給与担当課の認定と連動するため、原則扶養手当の廃止決定後に共済組合の取消決定を行います。国民健康保険に加入するなど資格喪失証明書の発行を急がれる場合は、あらかじめ共済組合にご相談ください。

- 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「異動年月日及び理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
- ※印欄は記入しないでください。
- 申請するに至った事実発生日が確認できるもののコピーを添付してください。
- 普通認定者(扶養手当の支給対象者)の申請の場合は、給与担当課で扶養手当の支給・廃止が決定してから共済組合の決定を行います。普通認定以外の認定の場合、申立書(様式3-3-1)及び同居・別居届(様式3-3-2)も必要です。また、その他添付書類が必要な場合があります。認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者である場合は、国民年金第3号被保険者関係届もあわせて提出してください。
- 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合より発行している被扶養者証もあわせて返却してください。
- 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合は、国内居住要件の例外に該当するかを確認のうえ、それを証する書類(留学先の学生証・査証など)および同居・別居届(様式3-3-2)を添付してください。

給与担当課受付印	共済組合受付印

被扶養者申告書（増・減）

共 済 組 合 事 務 処 理 欄			

神戸市職員共済組合理事長 宛

組合員証の記号・番号		記号		番号						所 属 名	神戸市立医療センター中央市民病院													
組合員氏名						組合員の生年月日			昭和・平成			年	月	日	標準報酬月額	等級				円				
フリガナ		性別	続柄	生年月日	職業	年間所得 推計額	住 所										異動年月日 及 び 理 由		※給与担当課記入欄		※ 共済組合記入欄			
被扶養者氏名																			扶 養 手 当 受給の有無		判 定		備考	認定 区分
		男・女		昭和 平成 年 月 日 令和			〒										令和 年 月 日 (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・ その他() (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢 勤務先で社会保険加入・その他()		令和 年 月 より	支給		令和 年 月 日 認定・取消		普通 特別 障害
																				廃止		証回収日 令和 年 月 日		
		男・女		昭和 平成 年 月 日 令和			〒										令和 年 月 日 (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・ その他() (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後期高齢 勤務先で社会保険加入・その他()		令和 年 月 より	支給		令和 年 月 日 認定・取消		普通 特別 障害
																				廃止		証回収日 令和 年 月 日		
		男・女		昭和 平成 年 月 日 令和			〒										令和 年 月 日 (増) 採用・出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・ その他() (減) 就職・所得増・結婚・死亡・扶養者変更・離婚・後記高齢 勤務先で社会保険加入・その他()		令和 年 月 より	支給		令和 年 月 日 認定・取消		普通 特別 障害
																				廃止		証回収日 令和 年 月 日		
上記のとおり申告します。 令和 年 月 日															☐ 資格喪失証明書の発行を希望する ※扶養取消(減)の場合のみ有効									
申告者(住所) (氏名)																								
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日										(担当者名)														
所属所長(補職名) (氏名) 事務局総務課長 政枝 洋一										(連絡先) ー														

- 1 「年間所得推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。
- 2 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「異動年月日及び理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
- 3 ※印欄は記入しないでください。
- 4 申請するに至った事実発生日が確認できるもののコピーを添付してください。
- 5 普通認定者(扶養手当の支給対象者)の申請の場合は、給与担当課で扶養手当の支給・廃止が決定されてから共済組合の決定を行います。
普通認定以外の認定の場合、申立書(様式 3-3-1)及び同居・別居届(様式 3-3-2)も必要です。また、その他添付書類が必要な場合があります。
認定対象者が20歳以上60歳未満の配偶者である場合は、国民年金第3号被保険者関係届もあわせて提出してください。
- 6 被扶養者の認定を取消す場合は、共済組合より発行している被扶養者証もあわせて返却してください。
- 7 住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合は、国内居住要件の例外に該当するかを確認のうえ、それを証する書類(留学先の学生証・査証など)および同居・別居届(様式 3-3-2)を添付してください。

給与担当課受付印	共 済 組 合 受 付 印

申 立 書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

組合員証の 記号・番号	記号	3	番号	記入不要		所 属 名	〇〇局〇〇部〇〇課	
認定対象者氏名	共 済 咲 美					組 合 員 との続柄	母	
申 請 理 由 〔認定対象者を組合員の収入でどのように生計維持を行っているか、右の欄(ア)～(カ)に従って詳しく記入してください。〕	(ア)母である共済咲美を今年から扶養しています。					(ア)認定対象者をいつから扶養しているか、また、いつから扶養するかを記入してください。		
	(イ)収入は国民年金及び厚生年金で、就労はしていません。					(イ)認定対象者の収入及び就労の有無を記入してください。		
	(ウ)認定対象者の収入は年金のみであり、高齢のため生活面で介護を行う必要があります。					(ウ)認定対象者を組合員が扶養しなければならない理由及びどのように扶養しているかを具体的に記入してください。		
	(エ)同居しています。					(エ)認定対象者と同居しているか別居かを記入してください。また、別居の場合はその理由を記入してください。		
	(オ)就職で自立する予定はありません。					(オ)認定対象者が、今後就職等で自立する予定があるかどうかを記入してください。		
	(カ)配偶者も無職で私の扶養に入っており、母は私以外に子がいないため他の扶養義務者はいません。					(カ)認定対象者に組合員と同等又はそれ以上の扶養義務者（配偶者・父母・兄弟等）がいるかを記入してください。扶養義務者がいる場合は、その者が認定対象者を扶養できない理由を記入し、その証明を添付してください。		
認定対象者にこの申請後1年間に見込まれる収入		あり ・ なし						
		「あり」の場合は、その収入額と種類	年額 1,492,000 円 収入種類 年金 ・ 給与 ・ その他 ()					
認定対象者と組合員が別居の場合のみ記入してください。	別居先への仕送り額		年額 円 内訳 月 額 円×12 か月 ボーナス時 円 その他 円					
	仕送りの方法		銀行振込 ・ 現金書留 認定対象者と組合員が別居の場合は、仕送りによって生計を維持していることが認定の条件です。仕送りについては後日当組合で確認しますので、銀行振込等確認できる方法で仕送りを行ってください（手渡しは認められません）。					
上記の者については、組合員である私の収入で生計を維持していますので、組合員被扶養者として認定してくださいませう、申し立てます。申し立ての事実と異なった事情が生じたときは、速やかに届け出るとともに、認定が取り消された日にさかのぼり共済組合から給付された医療費について返還いたします。 令和 4 年 4 月 1 日 組合員氏名 共 済 太 郎								
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 4 年 4 月 1 日 補職名 〇〇局〇〇部〇〇課長 所属所長 氏 名 〇 〇 〇 〇								

《提出にあたっての注意事項》

- 被扶養者同居・別居届（様式 3-3-2）も必ず併せて提出してください。
- 認定対象者と組合員が別居の場合は、仕送りによって生計を維持していることが認定の条件です。仕送りについては後日当組合で確認しますので、銀行振込等で確認できる方法で仕送りを行ってください。
- 下記の添付書類一覧を確認のうえ、必要となる証明書等を添付してください。

《添付書類一覧》（全てコピーで結構です。）

特別認定	収入証明	年金受給者	直近の年金振込通知書（裁定通知書又は改定通知書）
		事業所得者など	確定申告書及び計算書
		パート及びアルバイト	源泉徴収票又は事業主の雇用条件証明書
		退職者	雇用保険受給資格者証、離職票又は退職証明書
		収入のない者	市県民税所得証明書またはマイナンバーによる地方税情報取得のための同意書
		認定対象者が父母の場合	認定対象者の配偶者の収入証明（上に同じ）
障害認定	3親等内の親族で障害年金受給資格者1～3級の者	障害年金の裁定通知書＋上記の収入証明	
認定対象者に組合員と同等又は同等以上の扶養の義務を持った者がいる場合		その者が認定対象者を扶養していない旨の証明又は申立書	
住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合		国内居住要件の例外に該当することを証する書類（留学先の学生証・査証など）	
その他、認定にあたって必要となる証明書等の添付を求める場合があります。			

申 立 書

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

組合員証の 記号・番号	記号	3	番号						所 属 名	神戸市立医療センター中央市民病院
認定対象者氏名									組 合 員 との続柄	
申 請 理 由 〔認定対象者を組合員の収入でどのように生計維持を行っているか、右の欄(ア)～(カ)に従って詳しく記入してください。〕									(ア)	認定対象者をいつから扶養しているか、また、いつから扶養するかを記入してください。
									(イ)	認定対象者の収入及び就労の有無を記入してください。
									(ウ)	認定対象者を組合員が扶養しなければならない理由及びどのように扶養しているかを具体的に記入してください。
									(エ)	認定対象者と同居しているか別居かを記入してください。また、別居の場合はその理由を記入してください。
									(オ)	認定対象者が、今後就職等で自立する予定があるかどうかを記入してください。
									(カ)	認定対象者に組合員と同等又はそれ以上の扶養義務者（配偶者・父母・兄弟等）がいるかを記入してください。扶養義務者がいる場合は、その者が認定対象者を扶養できない理由を記入し、その証明を添付してください。
認定対象者にこの申請後 1 年間に見込まれる収入	あり ・ なし									
	「あり」の場合は、 その収入額と種類		年額 _____ 円 収入種類 年金 ・ 給与 ・ その他 (_____)							
認定対象者と組合員が 別 居 の 場 合 の み 記入してください。	別居先への仕送り額		年額 _____ 円 内訳 月 額 _____ 円×12 か月 ボーナス時 _____ 円 その他 _____ 円							
	仕 送 り の 方 法		銀行振込 ・ 現金書留 認定対象者と組合員が別居の場合は、仕送りによって生計を維持していることが認定の条件です。仕送りについては後日当組合で確認しますので、銀行振込等確認できる方法で仕送りを行ってください（手渡しは認められません）。							
上記の者については、組合員である私の収入で生計を維持していますので、組合員被扶養者として認定していただきますよう、申し立てます。申し立ての事実と異なった事情が生じたときは、速やかに届け出るとともに、認定が取り消された日にさかのぼり共済組合から給付された医療費について返還いたします。 令和 年 月 日 組合員氏名										
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日										
所属所長	補職名	地方独立行政法人神戸市民病院機構 神戸市立医療センター中央市民病院 事務局総務課長 政枝 洋一								
	氏 名	事務局総務課長 政枝 洋一								

《提出にあたっての注意事項》

- 被扶養者同居・別居届（様式 3-3-2）も必ず併せて提出してください。
- 認定対象者と組合員が別居の場合は、仕送りによって生計を維持していることが認定の条件です。仕送りについては後日当組合で確認しますので、銀行振込等で確認できる方法で仕送りを行ってください。
- 下記の添付書類一覧を確認のうえ、必要となる証明書等を添付してください。

《添付書類一覧》（全てコピーで結構です。）

特別認定	収入証明	年金受給者	直近の年金振込通知書（裁定通知書又は改定通知書）
		事業所得者など	確定申告書及び計算書
		パート及びアルバイト	源泉徴収票又は事業主の雇用条件証明書
		退職者	雇用保険受給資格者証、離職票又は退職証明書
		収入のない者	市県民税所得証明書またはマイナンバーによる地方税情報取得のための同意書
		認定対象者が父母の場合	認定対象者の配偶者の収入証明（上に同じ）
障害認定	3 親等内の親族で障害年金受給資格者 1 ～ 3 級の者	障害年金の裁定通知書＋上記の収入証明	
認定対象者に組合員と同等又は同等以上の扶養の義務を持った者がいる場合		その者が認定対象者を扶養していない旨の証明又は申立書	
住民票が日本国内にない被扶養者を申請する場合		国内居住要件の例外に該当することを証する書類（留学先の学生証・査証など）	
その他、認定にあたって必要となる証明書等の添付を求める場合があります。			

被扶養者同居・別居届

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

組合員証の 記号・番号	記号	3	番号		記入不要	組合員氏名	共 済 太 郎		
組合員住所	郵便番号	6	5	0	—	8	5	7	0
	神戸市中央区加納町6丁目5－1								

同居届（同居者全員の氏名を記入してください。）

同居者氏名	性別	続柄	配偶者の有無	生 年 月 日	収 入 の有無	収入の額	収入の種類
共 済 咲 美	男・女	母	有・無	昭・平・令 29年 2 月 16日	有・無	1,492,000 円	給与・年金・その他
共 済 一 郎	男・女	父	有・無	昭・平・令 34年 5 月 10日	有・無	円	給与・年金・その他
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他

別居届（配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者は、別居であれば認定できません。）

別居者氏名	性別	続柄	配偶者の有無	生 年 月 日	収 入 の有無	収入の額	収入の種類
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他
別居先住所	〒		—				

備考欄

☐ 国内居住要件の例外に該当 【理由：留学・一時的渡航・その他（ ）】

被扶養者同居・別居届

神戸市職員共済組合理事長 宛

神戸市職員共済組合

組合員証の 記号・番号	記号	3	番号							組合員氏名	
組合員住所	郵便番号				—						

同居届 (同居者全員の氏名を記入してください。)

[illegible]

別居届（配偶者、子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者は、別居であれば認定できません。）

別居者氏名	性別	続柄	配偶者の有無	生 年 月 日	収 入 の有無	収入の額	収入の種類						
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他						
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他						
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他						
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他						
	男・女		有・無	昭・平・令 年 月 日	有・無	円	給与・年金・その他						
別居先住所	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>												

備考欄

☐ 国内居住要件の例外に該当 【理由：留学・一時的渡航・その他（ ）】



令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日提出

事業主記入欄

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

事業主等受付年月日

届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。

〒 ー

(保険事務担当の方へ)
水道局・交通局・外郭団体・病院機構
は所属長、学校園は校(園)長。
それ以外は総務事務センターで記入。

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

職員番号を記入。
(※会計年度任用職員は組合員番号)

職員番号

1 2 3 4 5 6

日本年金機構

職員

第2号被保険者組合員欄

氏名

住所

(フリガナ) キョウサイ タロウ

共済 太郎

生年月日

5. 昭和 年 月 日

7. 平成 0 3 0 4 0 5

性別

1. 男性 2. 女性

④ 個人番号または基礎年金番号

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1

⑤ 個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。

〒 ー

都道府県

個人番号(マイナンバー)12桁、
または基礎年金番号10桁(左詰め)のどちらかを記入。
基礎年金番号を記入した場合は、住所欄も記入する。

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、記入してください。

職員の配偶者

B. 被(第2号)被保険者(養育者)

当てはまる方に○

資格取得

資格喪失

この届書記載のとおり届出します。

令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

日本年金機構理事長あて

(フリガナ) キョウサイ ハナコ

(氏名) 共済 花子

届書の提出は組合員(第2号被保険者)に委任します (必ずチェック→)

② 生年月日

5. 昭和 年 月 日

7. 平成 0 4 0 5 0 6

性別(続柄)

1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)

④ 個人番号または基礎年金番号

1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

⑤ 外国籍

個人番号(マイナンバー)12桁、
または基礎年金番号10桁(左詰め)のどちらかを記入。

住所

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇-〇〇〇号

⑧ 電話番号

① 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他

〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

⑨ 第3号被保険者になった日

7. 平成 9. 令和 0 2 1 1 2 2

⑩ 理由

1. 配偶者の就職 2. 婚姻 3. 離職 4. 収入減少 5. その他

⑪ 配偶者の加入制度

31. 厚生年金保険・健康保険 32. 国家公務員共済組合 33. 地方公務員等共済組合 34. 日本私立学校振興・共済事業団 35. 厚生年金保険・船員保険

⑫ 第3号被保険者でなくなった日

7. 平成 9. 令和

⑬ 理由

1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他(年 月 日)

⑭ 備考

氏名変更を届出の場合に記入

変更前氏名 フリガナ

コウベ ハナコ

氏名 神戸 花子

変更年月日

令和 2 年 11 月 22 日

共済組合記入欄

(申請される方へ)

提出前にご確認ください。

☐ 記入内容に誤りはありませんか。

☐ 記入もれはありませんか。

特に届出の委任に関する欄には必ずチェックをお願いします。

☐ 添付書類をつけていますか。

個人番号(マイナンバー)による届出・・・個人番号(マイナンバー)カード等、またはその写し

基礎年金番号による届出・・・被扶養者の基礎年金番号がわかるものの写し

(保険事務担当の方へ)

◆個人番号(マイナンバー)で申請がありましたら、以下の事項を確認してください。

☐ 個人番号(マイナンバー)は正しく記入されていますか。

☐ 提出された個人番号(マイナンバー)カード等またはその写しは確認後、申請者に返却しましたか。

→以上、よろしければ郵送(簡易書留推奨)、または直接窓口へ提出してください。

◆基礎年金番号で申請がありましたら、従来通り庁内メール等で提出してください。

添付書類・・・被扶養者の基礎年金番号がわかるものの写し

【提出先】 水道局・交通局・病院
その他外郭団体 → 共済組合 医療係 左記以外の所属 → 総務事務センター

氏名変更の届出について

・資格取得と同時に変更→該当に○

・3号加入中に変更→非該当(変更)に○

をつけて備考欄に記入。

※ただし、個人番号(マイナンバー)と基礎年金番号が結びついている場合は届出不要。

共済組合受付欄

様式コード			
4	3	0	0

国民年金

第3号被保険者関係届



令和 年 月 日提出

事業主記入欄 (提出者情報)	事業所所在地	届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。 〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()
事業主等 受付年月日		令和 年 月 日

職員番号

日本年金機構

A. 組合員欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
			④ 個人番号 または 基礎年金番号			
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。 〒 - 都道府県				

届出内容に応じて、該当・非該当(変更)のいずれかを○で囲み、記入してください。

B. 被扶養者欄 (第3号被保険者)	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名)		② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	③ 性別 (続柄)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
		届書の提出は組合員 (第2号被保険者)に委任します (必ずチェック→) ☐		④ 個人番号 または 基礎年金番号			
		⑤ 外国籍		⑥ 外国人 通称名	(フリガナ)		
	⑦ 住所	1. 同居 ・ 2. 別居 ※同居の場合も住民票の住所を記入してください。		⑧ 電話番号	1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()		
	⑨ 第3号被保険者 になった日	7. 平成 年 月 日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()		⑭ 備考	氏名変更を届出の場合に記入 フリガナ
	⑪ 配偶者の 加入制度	31. 厚生年金保険・健康保険 32. 国家公務員共済組合 36. 地方公務員等共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団 30. 厚生年金保険・船員保険					氏名
⑫ 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成 年 月 日	⑬ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()		変更年月日 令和 年 月 日		

共済組合記入欄	組合(保険者)番号	32280315
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。	
	届出記載の第3号被保険者は、共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。 認定年月日 令和 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)	
	所在地	〒 650 - 0034 神戸市中央区京町72番地 新クレセントビル9F
	名称	神戸市職員共済組合
	代表者 等氏名	
電話	(078) 322 - 5108	

共済組合受付欄

この届書は、以下の場合に提出していただくものです。

- ・健康保険組合または共済組合・国民健康保険組合に加入する第2号被保険者の配偶者が国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・すでに健康保険・船員保険の被扶養者となっている配偶者が、20歳到達により国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・健康保険の任意継続中のため、配偶者の健康保険被扶養者とならず、国民年金第3号被保険者にのみ該当した場合
- ・国民年金第3号被保険者の収入が基準以上に増加したことによって扶養から外れた場合
- ・配偶者である第2号被保険者と離婚した場合

- ・この届出では、国民年金第3号被保険者にかかる資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)・資格喪失・死亡の届出、氏名・生年月日・性別の変更(訂正)の届出、被扶養配偶者非該当の届出をすることができます。
- ・次の場合は別様式での届出となりますのでご注意ください。
全国健康保険協会管掌の健康保険の届出を同時に行う場合→『健康保険被扶養者(異動)届・国民年金第3号被保険者関係届』

記入方法

<A. 配偶者欄(第2号被保険者)>

- ①氏名 : 氏名は住民票に登録されている氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ②生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は右図のように記入してください。
- ④個人番号 : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。
- [基礎年金番号] 個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めで記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁・左詰め)を記入してください。
- ⑤住所 : ④「個人番号[基礎年金番号]」欄に個人番号を記入した場合は、住所の記入は不要です。
- 基礎年金番号を記入した場合は、必ず住民票の住所を記入してください。

⑨	昭和	6	3	0	5	0	3
	平成						

<B. 第3号被保険者欄> ①～④、⑦は必ず記入してください。また該当の場合は⑨～⑪を、非該当・変更の場合は⑫～⑬を記入してください。

- ①氏名 : 氏名は、住民票に登録されている氏名をご記入ください。
- 日付は、この届書を配偶者(第2号被保険者)を通じて事業主に提出する日付をご記入ください。
- ※20歳未満または60歳以上の方は、第3号被保険者に該当しませんので、ご注意ください。
- ③性別(続柄) : 該当する番号を○で囲んでください。内縁関係にある場合は、「3. 夫(未届)」 「4. 妻(未届)」のいずれかを○で囲んでください。
- ④個人番号 : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。
- [基礎年金番号] 個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めで記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁・左詰め)を記入してください。
- なお、「死亡」により第3号被保険者でなくなった場合は、基礎年金番号を記入してください。
- ⑥外国人通称名 : 郵便物の宛名等について、通称名での登録を希望する場合は住民票に登録された通称名を記入してください。
- フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ⑦住所 : 配偶者(第2号被保険者)と同居または別居のいずれかを○で囲んだうえで、住民票の住所を記入してください。
- ※住民票の住所と別の住所に通知書の送付を希望する場合、「国民年金第3号被保険者住所変更届」に別送先を記入して本届書と併せて提出してください。
- ⑨第3号被保険者 : 第3号被保険者に該当した日を記入してください。20歳到達により第3号被保険者に該当した場合は、20歳になる誕生日の前日を記入してください。
- ⑫第3号被保険者 : 死亡の届出の場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった日を記入してください。
- ⑬備考 : 第3号被保険者の氏名・生年月日・性別に変更(訂正)がある場合は、非該当(変更)を○で囲んでください。
- 変更(訂正)前の情報と変更年月日は右図のように記入してください。
- なお、個人番号をお持ちの方は氏名および生年月日の変更の届出は不要です。

⑭ 備考	変更前氏名 コクネン サンコ 国年 三子 変更年月日 令和3年4月1日
---------	---

<医療保険者記入欄>

- 認定年月日 : 扶養認定日が⑨「第3号被保険者になった日」と相違する場合のみ記入してください。

添付書類

・医療保険者の扶養認定がされていない場合は、以下の添付書類が必要です。

ア. 退職により収入要件を満たす場合	退職証明書または雇用保険被保険者離職票のコピー
イ. 失業給付受給中、または受給終了で収入要件を満たす場合	雇用保険受給資格者証のコピー
ウ. 年金受給中の場合	現在の年金受取額がわかる年金額の改定通知書等のコピー
エ. 自営(農業等含む)による収入、不動産収入がある場合	直近の確定申告書のコピー
オ. 上記ア～エ以外に他の収入がある場合	イウエに依じた書類および課税(非課税)証明書
カ. 上記ア～オ場合	課税(非課税)証明書

※「所得税法の規定による控除対象配偶者・扶養親族」で事業主の証明がある方は、原則として添付書類の添付は不要です。(個別のケースによっては、提出をお願いする場合があります。)

※障害年金、遺族年金、傷病手当金、失業給付等非課税対象の収入がある場合は、受取金額の確認ができる通知書等のコピーが別途必要です。

・以下の続柄に該当する場合は添付してください。

配偶者と内縁関係にある場合	内縁関係にある両人の戸籍謄(抄)本、被保険者世帯全員の住民票の写し等
---------------	------------------------------------

※提出日からさかのぼって90日以内に発行されたものであること。

個人番号(マイナンバー)により届出する際の本人確認

- ・第3号被保険者が事業主(船舶所有者)・共済組合に届書を提出するときは、事業主(船舶所有者)・共済組合において、マイナンバーが本人のものであることの確認と届書の提出を行う者が正当な番号の持ち主であることの確認を行う必要があるため、マイナンバーカード(個人番号カード)を届書に添付してください ※1。なお、郵送で届書を提出する場合は、マイナンバーカードの表・裏両面のコピーを添付してください。
- ・配偶者(第2号被保険者)が第3号被保険者の代理人として届書を事業主(船舶所有者)・共済組合に提出するときは、第3号被保険者のマイナンバーカードの裏面のコピーまたはマイナンバーカードが確認できる書類のコピー、および代理権の確認ができる委任状 ※2を添付してください。
- ※1 : マイナンバーカードをお持ちでない方は、以下の①および②の書類を添付してください。
- ① マイナンバーカードが確認できる書類 : 個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)
- ② 身元(実存)確認書類 : 運転免許証、パスポート、在留カードなど
- ※2 : B. 第3号被保険者欄①氏名欄の「※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□」の□に✓を付すことにより、委任状の添付を省略することができます。
- ※事業主(船舶所有者)・共済組合において本人確認を行った後の確認書類は、届書に添付して日本年金機構に提出する必要はありません。