

本 PDF の内容

・2～3 ページ目

4. 「給与所得者の扶養控除等(異動)申告書」の記載例・記載方法

・4～5 ページ目

5. 「組合員資格取得届書」 6. 「給付金振込口座届」の記載例

・6～7 ページ目

8. 麻免申請関係の記載例

・8～11 ページ目

12. 「被扶養者申告書」 13. 「申立書」 14. 「同居・別居届」
15. 「国民年金第 3 号被保険者の資格取得届」の記載例

・12～14 ページ目

16. マイナンバーカード(写し)の提出方法

・15～18 ページ目

23. 医師手当加算対象資格について

▶④ 老人扶養親族 (昭31.1.1以前生)

控除対象扶養親族が年齢70歳以上(昭和31年1月1日以前生)の場合には、次のとおりいずれかにチェックを付けます。
①その人があなた又はあなたの配偶者の直系尊属で、あなた又はあなたの配偶者のいずれかと同居を常況としている人であるとき⇒「同居老親等」
②その人が①以外の人であるとき ⇒「その他」

▶⑤ 特定扶養親族 (平15.1.2生～平19.1.1生)

控除対象扶養親族が年齢19歳以上23歳未満(平成15年1月2日～平成19年1月1日生)の場合に、チェックを付けます。

▶⑥ 非居住者である親族

源泉控除対象配偶者が非居住者である場合には、「非居住者である親族」欄に○印を付けます。
控除対象扶養親族が非居住者であり、その非居住者の年齢が16歳以上30歳未満又は70歳以上である場合には「非居住者である親族」欄の「16歳以上30歳未満又は70歳以上」にチェックを付け、30歳以上70歳未満の場合には、「留学」、「障害者」又は「38万円以上の支払」のうち該当するいずれかの項目にチェックを付けます。
源泉控除対象配偶者や控除対象扶養親族が非居住者である場合、親族関係書類の添付等が必要です。
上記の「留学」にチェックを付けた場合は、留学ビザ等書類の添付等が必要です。

●(参考)

①収入が給与と所得のみの場合の給与等の収入金額と所得金額の関係は、次の表のとおりです(特定支出控除の適用がある場合を除きます。)

| 給与等の収入金額 | 所得金額 |
|--------------------|------------|
| 所得金額調整控除の適用を受ける場合 | 9,000,000円 |
| 所得金額調整控除の適用を受けない場合 | 9,000,000円 |
| 1,500,000円 | 950,000円 |
| 1,030,000円 | 480,000円 |

②収入が公的年金等に係る雑所得のみの場合の公的年金等の収入金額と所得金額の関係は、次の表のとおりです。

| 公的年金等の収入金額 | 所得金額 |
|------------|----------|
| 65歳未満 | 950,000円 |
| 1,633,334円 | 950,000円 |
| 1,080,000円 | 480,000円 |
| 65歳以上 | 950,000円 |
| 2,050,000円 | 950,000円 |
| 1,580,000円 | 480,000円 |

※ 記載欄が足りない場合は、適宜の様式に記載して、この申告書に添付してください。

3 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生の記入

| 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生 | 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」をお読みください。) | 異動月日及び事由 |
|---|--|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 勤労学生 | 障害者区分 一般の障害者 <input type="checkbox"/> (A) 特別障害者 <input type="checkbox"/> (B) 同居特別障害者 <input type="checkbox"/> (C) | 山川登雄、身体障害者3級 身体障害者手帳 平成27年4月11日交付 |

▶① 同一生計配偶者

同一生計配偶者が一般の障害者、特別障害者又は同居特別障害者に該当する場合には、該当する欄にチェックを付けます。
※「同一生計配偶者」とは、あなたと生計を一にする配偶者(青色事業専従者として給与の支払を受ける人及び白色事業専従者を除きます。)で、令和7年中の合計所得金額の見積額が48万円以下の人をいいます。

▶② 扶養親族

扶養親族が一般の障害者、特別障害者又は同居特別障害者に該当する場合には、該当する欄にチェックを付けます。
なお、障害者控除の対象となる扶養親族は、控除対象扶養親族とは異なり、年齢16歳未満(平成22年1月2日以後生)の扶養親族も対象となります。

▶③ 寡婦 など

あなたが寡婦、ひとり親、勤労学生に該当する場合にチェックを付けます。

▶④ 障害者又は勤労学生の内容

左記の障害者又は勤労学生に該当する(人がいる)場合、その該当する事実やその人の氏名を記載します。
(例) 障害者の場合…障害の状態又は交付を受けている手帳などの種類と交付年月日、障害の程度(等級)などの障害者に該当する事実を記載します。

4 住民税に関する事項の記入

○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、給与の支払者を経由して市区町村長に提出する給与所得者の扶養控除等申告書の記載欄をコピーしています。)

| 16歳未満の扶養親族(平22.1.2以後生) | 個人番号 | 生年月日 | 住所又は居所 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------|-------|-----------------------|--------|--------|------------|---|---|---|---|
| 1 | 山川 三郎 | 5,15,6,17,7,8,19,9,10 | 子 | 23.7.5 | 〇〇市××町23-7 | | | | |

▶① 16歳未満の扶養親族 (平22.1.2以後生)

年齢16歳未満(平成22年1月2日以後生)の扶養親族について記載します。

▶② 控除対象国外扶養親族

国内に住所を有しない16歳未満の扶養親族に該当する場合に○を付けます。この場合、親族関係書類及び送金関係書類を令和8年3月16日までに住所所在地の市区町村に提出しなければならない場合があります。

▶③ 退職手当等を有する配偶者・扶養親族

退職手当等(源泉徴収されるものに限ります。以下同じです。)の支払を受ける配偶者(あなたと生計を一にする配偶者で、令和7年中の退職所得を除いた合計所得金額の見積額が133万円以下であるものに限ります。)又は扶養親族について記載します。

▶④ 非居住者である親族

退職手当等の支払を受ける配偶者が非居住者である場合には、「非居住者である親族」欄の「配偶者」にチェックを付けます。
また、退職手当等の支払を受ける扶養親族が非居住者であり、その非居住者の年齢が30歳未満又は70歳以上である場合には「非居住者である親族」欄の「30歳未満又は70歳以上」にチェックを付け、30歳以上70歳未満の場合には、「留学」(留学により国内に住所及び居所を有しなくなった人)、「障害者」又は「38万円以上の支払」(あなたから令和7年中において生活費又は教育費に充てるための支払を38万円以上受ける人)のうち該当するいずれかの項目にチェックを付けます。

この場合、親族関係書類、留学ビザ等書類、送金関係書類及び38万円送金書類を令和8年3月16日までに住所所在地の市区町村に提出しなければならない場合があります。

▶⑤ 令和7年中の所得の見積額(退職所得を除く)

令和7年中の退職所得の金額を除いた合計所得金額の見積額を記載します。

▶⑥ 障害者区分

退職手当等の支払を受ける配偶者のうち同一生計配偶者(あなたと生計を一にする配偶者で、令和7年中の退職所得を除いた合計所得金額の見積額が48万円以下である人)又は扶養親族について、その配偶者又は扶養親族が障害者である場合は「一般」にチェックを付け、特別障害者である場合は「特別」にチェックを付けます。

▶⑦ 寡婦又はひとり親

退職所得を除くと令和7年中の合計所得金額の見積額が48万円以下となる扶養親族を有することにより、あなたが寡婦又はひとり親に該当する場合には、チェックを付けます。

※1 記載欄が足りない場合は、適宜の様式に記載して、この申告書に添付してください。

2 住民税では、扶養親族等の要件とされる所得の金額には、退職所得の金額は含めないこととされています。

3 「住民税に関する事項」欄については、ご不明な点などがありましたら、お住まいの市区町村へおねねください。

この申告書に記載すべき事項が、前年に勤務先へ提出した「令和6年分給与所得者の扶養控除等(異動)申告書」に記載した事項から異動がない場合は、その記載すべき事項の記載に代えて、異動がない旨を記載した申告書を提出することができます。この異動がない旨を記載した申告書を「簡易な申告書」といいます。
勤務先の指示に基づき、簡易な申告書を提出することができる場合は、「令和7年分 給与所得者の扶養控除等申告書(簡易な申告書)」記載例をご確認ください。

組合員資格取得届書

神戸市職員共済組合理事長 宛

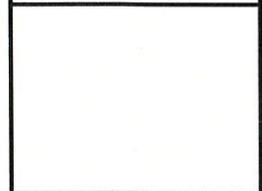
神戸市職員共済組合

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|---------|--------|---|---|---|---|---|----------------|---------|----|-----------------|--|----|---------|---|-------|---|---|---|-------|----|---|---|--|--|
| 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 | 9 | | | 年 | 3 | 月 | 3 | 日 | 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 | - | 8 | 5 | 7 | 神戸市中央区加納町6丁目5- | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 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お持ちの場合に限り) 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。 | | | | | | | | | | | | 資格取得年月日: | | | | 有効期限: | | | | 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。 <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない、または返納した。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属所長 | 補職名 | 〇〇局〇〇課長 | | | | | | | | | | | | 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



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 3 年 4 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 | 普通 <small>普通以外のときは下記 に記入してください</small> () | 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》

- 電話番号は、日中に連絡のとれるものをご記入ください。
- 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。
- 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) 12345 → 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) 12345671 → 1234567 ※「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) 123451 → 0012345 |

共済組合受付印

共済組合事務処理欄

受付

口座登録

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 |
| | 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 |

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

該当を○

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。
(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。

なし

なし

なし

備考

上記のとおり、免許を受けたいので申請します。

住所は県名から記入

令和 年 月 日

〒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

押印不要

兵庫県知事 様

氏名と生年月日のみ記入

診 氏名 神戸 一郎 [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）

断 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。

記入不要

令和 年 月 日

書

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。

麻薬施用者免許証記載事項変更届（記入例）

麻薬施用者免許証 左上の番号を記入

麻薬施用者免許証の有効期間 開始日を記入

| | | | |
|--|--|-------|-------------------------|
| 免許証の番号 | 第 123456 号 | 免許年月日 | 令和4年3月2日 |
| 変更すべき事項 (該当を○で囲む) | ①所在地 ②名称 ③従名称 ④従所在地 ⑤従住所 ⑥従名称 ⑦従住所 変更がある箇所についてのみ記入 (麻薬施用者免許証の記載通り) | | |
| 変更前 | 麻薬 業務所 | 所在地 | 〇〇県〇〇市・・・ |
| | 業務所 | 名称 | 〇〇病院 |
| | 住所 | | 兵庫県〇〇市・・・ |
| | 氏名 | | |
| | 従たる 施設 | 所在地 | |
| 施設 | 名称 | | 変更がある箇所についてのみ記入 |
| 変更後 | 麻薬 業務所 | 所在地 | 兵庫県神戸市中央区港島南町2丁目1番地1 |
| | 業務所 | 名称 | 神戸市立医療センター中央市民病院 |
| | 住所 | | 兵庫県△△市・・・ |
| | 氏名 | | 氏名変更の場合は戸籍抄本1部添付 |
| | 従たる 施設 | 所在地 | |
| 施設 | 名称 | | 左記確認済である 確認者 ㊦ |
| 変更の 事由 (該当を○で囲む) | ① 転勤 ② 業務所移転 ③ 業務所名称変更 ④ 退職後業務所開設 ⑤ 業務所廃止後勤務 ⑥ 従業務所転勤 ⑦ 従業務所移転 ⑧ 従業務所名称変更 ⑨ 従業務所勤務 ⑩ 従業務所退職 ⑪ 戸籍上の改 入職(採用)日を和暦で記入 (具体的に記載のこと) () | | |
| 変更の年月日 | 令和〇年〇月〇日 | | |
| 備考 | 氏名変更で旧姓使用を希望する場合のみ「旧姓使用希望」と記入 | | |
| 上記のとおり、免許証の記載事項に変更を生じたので免許証を添えて届出ます。 | | | |
| 年 | 月 | 日 | 変更後の住所 府・県名から記入 |
| | | | 住所 兵庫県△△市・・・ |
| | | | 氏名 神戸 太郎 押印不要 |
| 担当者 神戸市立医療センター中央市民病院 総務課 電話 078-302-4321 | | | |
| 兵庫県知事殿 | | | |

注1 変更事由の生じた日から15日以内に提出のこと。

2 変更前の欄及び変更後の欄には、該当する事項についてのみ記載すること。

被扶養者申告書 (増・減)

神戸市職員共済組合理事長 宛

| | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|
| 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。 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|----|---------------|--|-----------------|------------------------|---|----------------|-------------------|
| 組合員の記号・番号 | 記号 1 | 番号 | 記入不要 | | | 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, 〇〇〇円 | | |
| 組合員種別 (該当に○) | <input checked="" type="checkbox"/> 一般職員 <input type="checkbox"/> 任期付職員(フルタイム・短時間) <input type="checkbox"/> 再任用職員(フルタイム・短時間) <input type="checkbox"/> 会計年度任用職員 <input type="checkbox"/> その他特別職 <input type="checkbox"/> 病院機構職員 | | | | | | | | |
| 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 | 男 | 母 | 昭和 29年 2月 16日 | — | 1,492,000 | 〒650-8570 神戸市〇〇区〇〇町 | 令和 6年 12月 2日 (増) 採用 (出生・結婚・退職・所得減・扶養者変更・その他) | 令和 年 月 日 支給 | 令和 年 月 日 認定・取消 |
| 被扶養者氏名 | 女 | | 平成 29年 2月 16日 | | | 神戸市〇〇区〇〇町 | (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 | より | 回収日 令和 年 月 日 |
| 個人番号(必須) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 資格確認書の交付希望 | <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを保有しているが電子証明書がない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている <input type="checkbox"/> 上記の交付要件に該当するため、資格確認書の交付を希望します。 | | | | | | | | |
| ※扶養認定(増)のうち、希望する場合に記入 | <input type="checkbox"/> 申請した <input checked="" type="checkbox"/> 申請しない <small>※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。</small> | | | | | | | | |
| 上記のとおり申告します。 | 令和 6年 12月 2日 | | | 扶養手当の申請の有無 <small>※一般職員、任期付職員(フルタイム)、病院機構職員のみ</small> | | | | | |
| 申告者(住所) | 神戸市中央区〇〇町〇丁目〇-〇 | | | (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 6年 12月 2日 | | | (担当者名) 〇〇 〇〇 | | | | | |
| 所属所長(補職名) | 〇〇局〇〇課長 | | | (氏名) 〇 〇 〇 〇 | | | | | |
| | | | | (連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | | |

個人番号を必ず記入してください。
所属に提出する際に、個人番号を確認できる書類を添付してください。

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」にレ点を記入してください。

※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。

※扶養取消(減)の場合のみ有効

国民年金3号被保険者関係届の添付あり

※60歳未満の配偶者の場合のみ必要

- 「年間所得推計額」欄には、その者の1年間の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、具体的に詳しく書いてください。
- 申請するに至った理由を具体的に詳しく書いてください。
- 普通認定者(扶養手当)の申請は、普通認定以前に済ませてください。認定済みの場合は、認定済みの旨を記載してください。
- 被扶養者の認定要件は、令和6年12月31日現在の状況に基づき、住民票が日本国内にあり、生計を共にする旨を記載してください。生計を共にするとは、同居し、生活費を共にする等であることを指します。
- 住民票が日本国内にない場合は、出生・婚姻・死亡・帰化・帰国・転居等の届出を提出し、生計を共にする旨を記載してください。
- 【結果通知について】本申告書の提出後、認定結果が決定され、認定結果通知書が送付されます。認定結果通知書に記載の趣旨及び理由を踏まえ、この決定が不服な場合は、提出日から1か月以内に神戸市職員共済組合を被告として取消訴訟を提起することができます。

| | |
|----------|---------|
| 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 | 1 | 番号 | | 記 入 不 要 | 所 属 名 | 〇〇局〇〇課 |
| 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。 | | | | | | |
| | (ロ)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。 | | | | | (ロ)認定対象者の収入及び就労の有無を記入してください。 | |
| | (ハ)同居しています。 | | | | | (ロ)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。 | |
| | (ニ)就職で自立する予定はありません。 | | | | | (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。 | |
| | (ホ)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。 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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 | 1,492,000 | | 円 | 収入種類 <u>年金</u> ・給与・その他() | |
| | 仕送りの方法 | 内訳 | 月 額 | 円×12 | か月 | | |
| 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)。 | | | | | | | |
| <p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 3 年 4 月 1 日</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名 共 済 太 郎</p> | | | | | | | |
| <p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: right;">令和 3 年 4 月 1 日</p> <p>補職名 〇〇局〇〇課長</p> <p>所属所長</p> <p>氏 名 〇 〇 〇 〇</p> | | | | | | | |

《提出にあたっての注意事項》

- 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 |
| | | 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。 | | | |

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 | 1 | 番号 | 記入不要 | 組合員氏名 | 共 済 太 郎 | 配偶者 の有無 | 有・無 | |
| 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（ ）】

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】

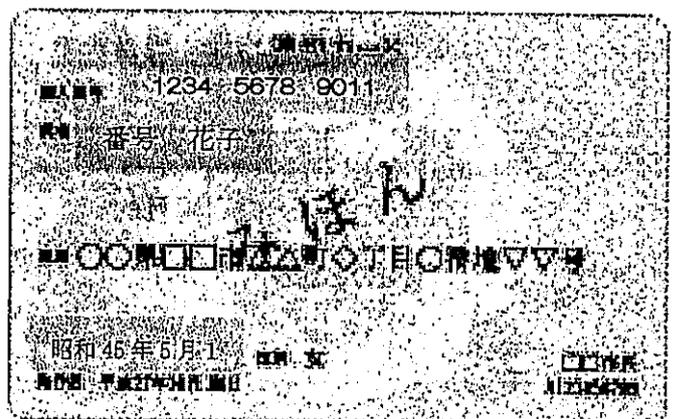
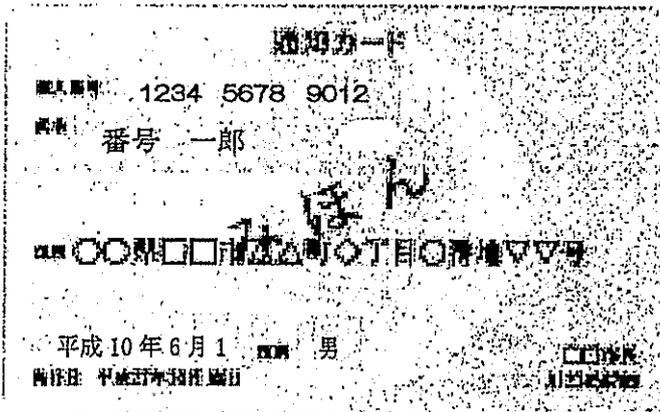
- 職員番号と氏名を記入していますか
- マイナンバーのコピーはご本人と扶養親族全員のものですか
- マイナンバー（個人番号）は鮮明に見えますか

(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

医師手当加算対象資格について

対象資格を有し、職務にその資格が直接役立つと認められる場合、
1 資格につき 5,000 円/月を加算して、給与支給します（※上限 10,000 円）。

対象資格を取得された方は、事務局総務課へ「認定証」の写しをご提出ください。

申告が遅れた場合、さかのぼって加算手当の支給をすることはできません。

【加算対象資格】

- ①医師及び歯科医師の専門性に関する資格並びにこれに準ずると理事長が認めるもの
→次々ページの「加算対象資格①（一覧）」参照
- ②臨床研修指導医
- ③産業医
- ④身体障害者手帳の交付申請において身体に障害のある者の診断をする医師
- ⑤精神保健指定医



本部第46号
2021年5月31日

各事務局総務課長 様

法人本部経営企画室総務課長

医師・歯科医師にかかる初任給調整手当の医師手当への改正について（通知）

医師・歯科医師にかかる初任給調整手当を国立病院機構に準じた「医師手当」へと改正します。

改正の概要は以下の通りとなりますので、関係職員への周知及び必要な手続きについてよろしくをお願いします。

記

1. 初任給調整手当の廃止及び医師手当への改正について

- 初任給調整手当について、国立病院機構における医師手当に準じた改正する。
- 医師及び歯科医師に、「定額部分」と「加算部分」としてそれぞれ月額で支給。

(1) 定額部分

- ・医師免許又は歯科医師免許取得後の年数に応じ支給。

(2) 加算部分

- ・下記に掲げる資格を有し、職務にその資格が直接役立つと認められる場合に支給。
- ・加算額は、1資格に対し5,000円とする。ただし上限を10,000円とする。

※経過措置として、2021年3月31日時点で在職する職員については、改正後の(1)「定額部分」と(2)「加算部分」を合わせた支給額と2021年3月時点の規定による初任給調整手当額との高い方の額を「医師手当」として支給する。

(1) 定額部分（月額）

| 免許取得後年数 | 支給額(月額) | 免許取得後年数 | 支給額(月額) | 免許取得後年数 | 支給額(月額) |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1～21年目 | 150,400 | 28年目 | 134,000 | 35年目 | 100,000 |
| 22年目 | 148,800 | 29年目 | 130,000 | 36年目 | 94,600 |
| 23年目 | 147,200 | 30年目 | 125,600 | 37年目 | 88,800 |
| 24年目 | 145,600 | 31年目 | 121,600 | 38年目 | 83,500 |
| 25年目 | 144,000 | 32年目 | 116,000 | 39年目 | 74,700 |
| 26年目 | 142,400 | 33年目 | 110,800 | 40年目 | 66,500 |
| 27年目 | 138,400 | 34年目 | 105,600 | 41年目～ | 0 |



(2) 加算部分の対象資格

【加算対象資格】

- ① 医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項（平成19年厚生労働省告示第108号）第1条第2号に基づき広告することができる医師及び歯科医師の専門性に関する資格並びにこれに準ずると理事長が認めるもの【以下の一覧のとおり】
- ② 医師法第16条の2第1項に規定する臨床研修を受けている医師に対する指導を行う医師である臨床研修指導医
- ③ 労働安全衛生法第13条に規定する産業医
- ④ 身体障害者福祉法第15条第1項に規定する身体障害者手帳の交付申請において身体に障害のある者の診断をする医師
- ⑤ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第18条に規定する精神保健指定医

《加算対象資格①（一覧）》

【医師の専門性資格】

| (団体名) | (資格名) | (団体名) | (資格名) |
|----------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| ○ (社) 日本整形外科学会 | 整形外科専門医 | ○ (社) 日本老年医学会 | 老年病専門医 |
| ○ (社) 日本皮膚科学会 | 皮膚科専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本胸部外科学会 | 心臓血管外科専門医 |
| ○ (社) 日本麻酔科学会 | 麻酔科専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本血管外科学会 | 心臓血管外科専門医 |
| ○ (社) 日本医学放射線学会 | 放射線科専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本心臓血管外科学会 | 心臓血管外科専門医 |
| ○ (財) 日本眼科学会 | 眼科専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本胸部外科学会 | 呼吸器外科専門医 |
| ○ (社) 日本産科婦人科学会 | 産婦人科専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本呼吸器外科学会 | 呼吸器外科専門医 |
| ○ (社) 日本耳鼻咽喉科学会 | 耳鼻咽喉科専門医 | ○ (社) 日本消化器内視鏡学会 | 消化器内視鏡専門医 |
| ○ (社) 日本泌尿器科学会 | 泌尿器科専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本小児外科学会 | 小児外科専門医 |
| ○ (社) 日本形成外科学会 | 形成外科専門医 | ○ 有限責任中間法人 日本神経学会 | 神経内科専門医 |
| ○ (社) 日本病理学会 | 病理専門医 | ○ 一般社団法人 日本リウマチ学会 | リウマチ専門医 |
| ○ (社) 日本内科学会 | 総合内科専門医 | ○ 有限責任中間法人 日本乳癌学会 | 乳腺専門医 |
| ○ (社) 日本外科学会 | 外科専門医 | ○ 有限責任中間法人 日本人類遺伝学会 | 臨床遺伝専門医 |
| ○ (社) 日本糖尿病学会 | 糖尿病専門医 | ○ (社) 日本東洋医学会 | 漢方専門医 |
| ○ (社) 日本肝臓学会 | 肝臓専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本レーザー医学会 | レーザー専門医 |
| ○ (社) 日本感染症学会 | 感染症専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本呼吸器内視鏡学会 | 気管支鏡専門医 |
| ○ 有限責任中間法人 日本救急医学会 | 救急科専門医 | ○ (社) 日本アレルギー学会 | アレルギー専門医 |
| ○ (社) 日本血液学会 | 血液専門医 | ○ 有限責任中間法人 日本核医学会 | 核医学専門医 |
| ○ (社) 日本循環器学会 | 循環器専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本気管食道科学会 | 気管食道科専門医 |
| ○ (社) 日本呼吸器学会 | 呼吸器専門医 | ○ 有限責任中間法人 日本大腸肛門病学会 | 大腸肛門病専門医 |
| ○ (財) 日本消化器病学会 | 消化器病専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本婦人科腫瘍学会 | 婦人科腫瘍専門医 |
| ○ (社) 日本腎臓学会 | 腎臓専門医 | ○ 有限責任中間法人 日本ペインクリニック学会 | ペインクリニック専門医 |
| ○ (社) 日本小児科学会 | 小児科専門医 | ○ 有限責任中間法人 日本熱傷学会 | 熱傷専門医 |
| ○ (社) 日本内分泌学会 | 内分泌代謝科専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本脳神経血管内治療学会 | 脳血管内治療専門医 |
| ○ 有限責任中間法人 日本消化器外科学会 | 消化器外科専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本臨床腫瘍学会 | がん薬物療法専門医 |
| ○ (社) 日本超音波医学会 | 超音波専門医 | ○ 一般社団法人 日本周産期・新生児医学会 | 周産期（新生児）専門医 |
| ○ 特定非営利活動法人 日本臨床細胞学会 | 細胞診専門医 | ○ (社) 日本生殖医学会 | 生殖医療専門医 |
| ○ (社) 日本透析医学会 | 透析専門医 | ○ 一般社団法人 日本小児神経学会 | 小児神経専門医 |
| ○ (社) 日本脳神経外科学会 | 脳神経外科専門医 | ○ 特定非営利活動法人 日本心療内科学会 | 心療内科専門医 |
| ○ (社) 日本リハビリテーション医学会 | リハビリテーション科専門医 | ○ 一般社団法人 日本総合病院精神医学会 | 一般病院連携精神医学専門医 |



【歯科医師の専門性資格】

| (団体名) | | (資格名) |
|-------------|-----------|----------|
| ○ (社) | 日本口腔外科学会 | 口腔外科専門医 |
| ○ 特定非営利活動法人 | 日本歯周病学会 | 歯周病専門医 |
| ○ 一般社団法人 | 日本歯科麻酔学会 | 歯科麻酔専門医 |
| ○ 一般社団法人 | 日本小児歯科学会 | 小児歯科専門医 |
| ○ 特定非営利活動法人 | 日本歯科放射線学会 | 歯科放射線専門医 |

2. 制度改正日

○2021年4月1日より適用

3. 加算部分の資格申請について

○加算部分の対象となる資格をお持ちの先生方は、病院事務局総務課に「資格証」等の写しを提出してください。

○提出期限：2021年7月20日（木）

※2021年3月末までに取得された資格について、資格証等の再発行等により提出が遅れる場合は、2022年3月末までに提出いただきましたものについては、2021年4月に遡及して認定・支給します。

※2021年4月以降に取得された場合は、届出日の翌月から支給対象となります。

4. 認定・支給日

○上記3.により提出いただきました加算部分の認定を行い、**2021年8月給与**より新たな医師手当額として支給します。

○上記による医師手当額は、2021年4月に遡及して適用し、**2021年8月給与**により差額精算を行います。

※経過措置として、2021年3月31日時点で在職する職員については、改正後の「定額部分」と「加算部分」を合わせた支給額と2021年3月時点の規定による初任給調整手当額との高い方の額を「医師手当」として支給します。

法人本部経営企画室総務課職員係
担当：鴨川・杉上・大久保
TEL：078-940-0155