

採用書類 チェックシート

(氏名：)

記載例

提出方法	資料名	該当者	提出	備考欄(提出できない理由等を記載してください)
ご自身でご準備下さい	保険医登録票の原本	全員	×	現勤務先病院で管轄変更手続きを行ったため
WEB	本人住所変更届	全員	WEB申請については、別途ご案内します。	
	通勤届			
	給与口座申請	全員		
	通帳またはキャッシュカードの写し (支店番号・口座番号の表示があるもの)			
	扶養手当に係る届出 (扶養親族(異動)届)	該当者のみ		
指定の様式に記入下さい	組合員資格取得届書	全員		
	給付金振込口座届			
	扶養控除申告書			
	被扶養者申告書(被扶養者1名につき1部)	該当者のみ		
	申立書(被扶養者1名につき1部) ※被扶養者に収入がある場合は添付書類(収入がわかるもの)も併せてご提出下さい。			
	被扶養者同居・別居届			
	国民年金 第3号被保険者の資格取得届			
ご自身でご準備下さい	保険医登録票の原本	近畿圏内からお越しの方		
指定の様式に記入下さい	麻薬施用者免許申請書	兵庫圏外からお越しの方		
	麻薬施用者免許証記載事項変更届	兵庫圏内からお越しの方		
ご自身でご準備下さい	麻薬施用者免許証の原本			
指定の様式に記入下さい	駐車場許可申請書	利用希望者のみ		
	連絡用住所・電話番号	全員		
	緩和ケア研修修了者の申請について			
	雇用前健康診断票(入職3か月以内のもの)			
	抗体調査表			
ご自身でご準備下さい	雇用保険被保険者証の番号がわかるものの写し	全員		
	年金手帳の写し(番号が分かるページ)			
	マイナンバーがわかるものの写し (本人と扶養家族分)			
	通帳またはキャッシュカードの写し (支店番号・口座番号の表示があるもの)			
	大学院の学位記の写し	該当者のみ		
	医師手当加算対象資格認定証の写し			
本紙に記入下さい	採用書類 チェックシート(本紙)	全員		

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	8	7	9	1	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	3	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	性別	男・女			
氏 名																平成	年	月	日						
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。 <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 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 事務局総務課長 所属所長 氏名 秋武 伸吾																									

《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	神戸市立医療センター中央市民病院							
	番号				電話 (078) 302-4321						
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			支店 (本店・出張所)	普 通 <small>普通以外のときは下記 に記入してください</small> ()						
	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

令和8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）	地方独立行政法人 神戸市民病院機構	（フリガナ） あなたの氏名	あなたの生年月日	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。 8 1 4 0 0 0 5 0 0 4 9 6 6	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）	神戸市中央区港島南町2丁目2番	あなたの住所又は居所	（郵便番号 - ）				
				配偶者の有無				

以下の各欄に記載する親族がなく、かつ、あなた自身が障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生いずれにも該当しない場合には、上記の各欄を記載して給与の支払者に提出してください。

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32.1.1以前生）	令和8年中の所得の見積額	非居住者である親族（注1）	住所又は居所	異動月日及び事由 （令和8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	特定扶養親族・特定親族（平16.1.2生～平20.1.1生）		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					円				
	B 源泉控除対象親族（16歳以上） （平23.1.1以前生）	1				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 留学 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払		
						<input type="checkbox"/> 特定扶養親族 <input type="checkbox"/> 特定親族				
		2				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 留学 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払		
						<input type="checkbox"/> 特定扶養親族 <input type="checkbox"/> 特定親族				
		3				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 留学 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払		
						<input type="checkbox"/> 特定扶養親族 <input type="checkbox"/> 特定親族				
		4				<input type="checkbox"/> 同居老親等 <input type="checkbox"/> その他	円	<input type="checkbox"/> 16歳以上30歳未満又は70歳以上 留学 障害者 <input type="checkbox"/> 38万円以上の支払		
					<input type="checkbox"/> 特定扶養親族 <input type="checkbox"/> 特定親族					
C 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生	<input type="checkbox"/> 障害者	区分 該当者 一般の障害者 特別障害者 同居特別障害者	本人	同配 配偶者	扶養親族（注2） 人	<input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 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			
※ 配偶者や親族が「源泉控除対象配偶者」や「源泉控除対象親族」などに該当するかは、裏面の「4 扶養親族等の範囲」をご確認ください。 (注)1 非居住者に該当する親族が特定親族である場合は「16歳以上30歳未満又は70歳以上」にチェックを付けてください。 2 特定親族は、扶養親族には該当しませんので、あなたの障害者控除の対象にはなりません。										

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23.1.2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	控除対象外国扶養親族（該当する場合は○印を付けてください。）	令和8年中の所得の見積額（※）	異動月日及び事由	※ 「令和8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・特定親族	（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。） <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 30歳未満又は70歳以上 <input type="checkbox"/> 障害者	令和8年中の所得の見積額（※） 円	障害者区分 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特別	異動月日及び事由	寡婦又はひとり親 <input type="checkbox"/> 寡婦 <input type="checkbox"/> ひとり親



○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の提出するもので、2か所以上から給与の支払を受けている場合には、そのうちの1か所にしか提出することができません。
○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



1 申告についてのご注意

- (1) この申告書は、令和 8 年の最初の給与の支払を受ける日の前日までに、給与の支払者に提出してください。
- (2) この申告書に記載すべき事項が令和7年においてその給与の支払者を經由して提出した申告書に記載した事項から異動がない場合には、その記載すべき事項に代えて「異動がない」旨を記載した申告書（以下「簡易な申告書」といいます。）を提出することができます。簡易な申告書の提出に当たっては、国税庁ホームページに掲載している「記載のしかた」をご確認ください（表面の二次元コードからもご確認ください）。
- (3) この申告書の提出後、記載内容に異動があったときは、別に異動申告書を提出するか、あるいはこの申告書の該当項目を異動後の内容に補正してください。
- (4) 2 か所以上から給与の支払を受け、1 か所から受ける給与だけでは、源泉控除対象配偶者に係る配偶者（特別）控除、源泉控除対象親族に係る扶養控除又は特定親族特別控除及び障害者控除等の控除額の全額が控除しきれない場合には、源泉控除対象配偶者や源泉控除対象親族を分けて他の給与の支払者に「従たる給与についての扶養控除等申告書」を提出することができます。
- (5) 年末調整において、基礎控除、配偶者（特別）控除又は特定親族特別控除の適用を受ける場合には、所要の事項を記載した「給与所得者の基礎控除申告書」、「給与所得者の配偶者控除等申告書」又は「給与所得者の特定親族特別控除申告書」を作成し、令和 8 年の最後の給与の支払を受ける日の前日までに給与の支払者に提出する必要があります。

2 記載についてのご注意

- (1) この申告書を簡易な申告書として提出する場合には、「あなたの氏名」、「あなたの住所又は居所」及び「あなたの個人番号」欄に記載し、前年に提出した申告書に記載した事項から異動がない旨を余白等に記載してください。
- (2) 「あなたの個人番号」及び「個人番号」欄には、それぞれ、あなた、源泉控除対象配偶者、源泉控除対象親族、年齢 16 歳未満の扶養親族又は退職手当等を有する配偶者・扶養親族・特定親族のマイナンバー（個人番号）を記載する必要がありますが、一定の要件の下、マイナンバー（個人番号）の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。
- (3) 「給与の支払者の法人(個人)番号」欄には、この申告書を受理した給与の支払者が、給与の支払者の法人番号又はマイナンバー（個人番号）を記載してください。
- (4) 「主たる給与」とは、この申告書を提出した給与の支払者から受ける給与をいい、「従たる給与」とは、それ以外の給与の支払者から受ける給与をいいます。
- (5) 源泉控除対象親族が同居老親等である場合には、「老人扶養親族」欄の「同居老親等」に、同居老親等以外の老人扶養親族である場合には、同欄の「その他」にチェックを付けてください。
- また、源泉控除対象親族が特定扶養親族である場合には、「特定扶養親族・特定親族」欄の「特定扶養親族」に、特定親族である場合には、同欄の「特定親族」にチェックを付けてください。
- (6) 「令和 8 年中の所得の見積額」欄には、収入金額等から必要経費等を差し引いた金額を記載してください。所得の種類が給与である場合には、収入金額から給与所得控除額を差し引いた金額が給与所得の金額となります。
- なお、非課税とされる遺族年金などの所得、源泉分離課税が適用される利子、確定申告をしないことを選択した上場株式等の配当等などについては、源泉控除対象配偶者や源泉控除対象親族等の判定の基礎となる所得には含まれません。
- (7) 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○印を付けてください。
- また、源泉控除対象親族が非居住者である場合には、次のとおり、「非居住者である親族」欄の該当する項目にチェックを付けてください。
- イ その親族の年齢が 16 歳以上 30 歳未満又は 70 歳以上である場合…「16 歳以上 30 歳未満又は 70 歳以上」
- ロ その親族の年齢が 30 歳以上 70 歳未満で一定の要件を満たす人（下記 4 ①ロイに該当する人）である場合…「留学」、「障害者」又は「38 万円以上の支払」のうち該当する項目（2 以上の項目に該当する場合はいずれか 1 つ）
- (注) 「非居住者」とは、国内に住所を有せず、かつ、現在まで引き続いて 1 年以上国内に居所を有しない人进行います。
- (8) 「生計を一にする事実」欄には、控除対象扶養親族が非居住者である場合に、年末調整時に、令和 8 年中にその親族に送金等をした金額の合計額を記載してください（その非居住者が「特定親族」である場合にはこの欄に記載する必要はありません。）。
- (9) 「障害者又は勤労学生の内容」欄には、それぞれ次の事項を記載してください。
- イ 障害者（特別障害者）…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（障害の等級）などの障害者（特別障害者）に該当する事実。その人が同一生計配偶者又は扶養親族の場合には、併せてその人の氏名（特別障害者であるときは同居の有無、マイナンバー（個人番号）^(注)、住所又は居所、生年月日、あなたとの続柄及び令和 8 年中の所得の見積額（これらの事項のうち「源泉控除対象配偶者」欄、「源泉控除対象親族」欄又は「住民税に関する事項」欄に記載している事項については、氏名を除き、記載を省略できます。）。
- また、その同一生計配偶者又は扶養親族が非居住者である場合には、その旨及び令和 8 年中にその同一生計配偶者又は扶養親族に送金等をした金額の合計額（送金等をした金額の合計額は、年末調整時に記載します。）
- (注) 一定の要件の下、マイナンバー（個人番号）の記載を要しない場合がありますので、給与の支払者に確認してください。
- ロ 勤労学生…学校名と入学年月日及び令和 8 年中の所得の種類とその見積額
- (注) 寡婦又はひとり親のみに該当する人については、この欄の記載を要しません。
- (10) あなたの同一生計内に所得者が 2 人以上いるときは、扶養親族等（控除対象配偶者、障害者である同一生計配偶者、配偶者特別控除の対象となる配偶者、控除対象扶養親族、障害者である扶養親族又は特定親族をいいます。）を他の所得者の扶養親族等としたり、また、その生計内の扶養親族等を分けて控除を受けたりすることがあります。このような場合には、その扶養親族等の氏名などを「D」欄に記載してください。
- (11) 「住民税に関する事項」欄は、①扶養親族のうち年齢 16 歳未満の人を有する場合及び②退職手当等（源泉徴収されるものに限ります。以下⑭において同じです。）の支払を受ける配偶者（所得の見積額が 133 万円以下である人に限ります。）、扶養親族又は特定親族を有する場合並びに③寡婦又はひとり親に該当する場合（退職手当等の支払を受ける扶養親族を有する場合に限ります。）に記載してください（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。）。退職手当等の支払を受ける年齢 16 歳未満の扶養親族について、退職所得を含む所得の見積額が 58 万円を超える場合には、「16 歳未満の扶養親族」欄は記載せず、「退職手当等を有する配偶者・扶養親族・特定親族」欄のみ記載します。また、「控除対象外国扶養親族」欄又は「非居住者である親族」欄を記載した場合には、下記 3(2)の確認書類を令和 9 年 3 月 15 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。「住民税に関する事項」欄について、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尋ねください。

3 添付書類

- (1) 年の途中で就職した人で前職のある人は、前の勤務先から交付を受けた源泉徴収票などを、また、年の途中で従たる給与を主たる給与に変更した人は、変更前の主たる給与の支払者から交付を受けた源泉徴収票などを添付してください。
- (2) 「A」～「C」欄に記載した親族が非居住者である場合に必要な添付書類等、手続の詳細は、国税庁ホームページに掲載している「非居住者である親族について扶養控除等の適用を受ける方へ」をご確認ください。
- (3) あなたが、勤労学生である場合（専修学校、各種学校の生徒や職業訓練法人の訓練生の場合に限ります。）には、文部科学大臣又は厚生労働大臣の証明書の写しと学校長又は職業訓練法人の代表者の証明書を添付してください。



非居住者である親族について扶養控除等の適用を受ける方へ

4 扶養親族等の範囲

【①同一生計配偶者】 所得者（この申告書を提出する人をいいます。）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（以下「青色事業専従者等」といいます。）を除きます。）で、令和 8 年中の所得の見積額が 58 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 123 万円以下）の人
【②控除対象配偶者】 ①の同一生計配偶者のうち、令和 8 年中の所得の見積額が 1,000 万円以下である所得者の配偶者
【③源泉控除対象配偶者】 所得者（令和 8 年中の所得の見積額が 900 万円以下の人に限ります。）と生計を一にする配偶者（青色事業専従者等を除きます。）で、令和 8 年中の所得の見積額が 95 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 160 万円以下）の人 (注) 夫婦の双方がお互いに源泉控除対象配偶者に係る控除の適用を受けることはできませんので、ご注意ください。
【④扶養親族】 所得者と生計を一にする親族（児童福祉法の規定により養育を委託されたいわゆる里子及び老人福祉法の規定により養護を委託されたいわゆる養護老人を含み、配偶者及び青色事業専従者等を除きます。）で、令和 8 年中の所得の見積額が 58 万円以下の人
【⑤控除対象扶養親族】 ④の扶養親族のうち、次の場合の区分に応じ、それぞれ次に該当する人 イ 扶養親族が居住者の場合 年齢 16 歳以上の人（平成 23 年 1 月 1 日以前に生まれた人） ロ 扶養親族が非居住者の場合 次のいずれかに該当する人 (イ) 年齢 16 歳以上 30 歳未満の人（平成 9 年 1 月 2 日から平成 23 年 1 月 1 日までの間に生まれた人） (ロ) 年齢 70 歳以上の人（昭和 32 年 1 月 1 日以前に生まれた人） (ハ) 年齢 30 歳以上 70 歳未満の人（昭和 32 年 1 月 2 日から平成 9 年 1 月 1 日までの間に生まれた人）のうち、「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「あなたから令和 8 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 万円以上受けている人」
【⑥特定扶養親族】 ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢 19 歳以上 23 歳未満の人（平成 16 年 1 月 2 日から平成 20 年 1 月 1 日までの間に生まれた人）
【⑦老人扶養親族】 ⑤の控除対象扶養親族のうち、年齢 70 歳以上の人（昭和 32 年 1 月 1 日以前に生まれた人）
【⑧特定親族】 所得者と生計を一にする年齢 19 歳以上 23 歳未満（平成 16 年 1 月 2 日から平成 20 年 1 月 1 日までの間に生まれた人）の親族（児童福祉法の規定により養育を委託されたいわゆる里子を含み、配偶者及び青色事業専従者等を除きます。）で、令和 8 年中の所得の見積額が 58 万円超 123 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 123 万円超 188 万円以下）の人
【⑨源泉控除対象親族】 ⑤の控除対象扶養親族又は⑧の特定親族のうち令和 8 年中の所得の見積額が 100 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 165 万円以下）の人のいずれかに該当する人 (注) 親族の双方がお互いに特定親族に係る控除の適用を受けることや、特定親族に係る控除の適用を受けている親族を特定親族として控除の適用を受けることはできませんので、ご注意ください。
【⑩同居老親等】 ⑦の老人扶養親族のうち、所得者又はその配偶者の直系尊属で、所得者又はその配偶者のいずれかとの同居を常況としている人
【⑪障害者（特別障害者）】 所得者本人又はその①の同一生計配偶者や④の扶養親族で、次のいずれかに該当する人 イ 精神上の障害により事理を弁識する能力を欠く常況にある人……全て特別障害者になります。 ロ 精神保健指定医などから知的障害者と判定された人……このうち、重度の知的障害者と判定された人は、特別障害者になります。 ハ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人……このうち、障害等級が 1 級の人は、特別障害者になります。 ニ 身体障害者手帳に身体上の障害がある者として記載されている人……このうち、障害の程度が 1 級又は 2 級の人は、特別障害者になります。 ホ 戦傷病者手帳の交付を受けている人……このうち、障害の程度が恩給法別表第 1 号表ノ 2 の特別項症から第三項症までの人は、特別障害者になります。 ヘ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律の規定による厚生労働大臣の認定を受けている人……全て特別障害者になります。 ト 常に就労を要し、複雑な介護を要する人……全て特別障害者になります。 チ 精神又は身体に障害のある年齢 65 歳以上の人（昭和 37 年 1 月 1 日以前に生まれた人）で、市町村長、特別区の区長や福祉事務所長からイ、ロ又はニに準ずる障害があると認定されている人……このうち、イ、ロ又はニの特別障害者と同程度の障害がある人は、特別障害者になります。
【⑫同居特別障害者】 ①の同一生計配偶者又は④の扶養親族のうち特別障害者で、所得者、その配偶者又は所得者と生計を一にするその他の親族のいずれかとの同居を常況としている人
【⑬寡婦】 所得者本人で、次のいずれかに該当する人のうち、令和 8 年中の所得の見積額が 500 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 6,777,778 円以下）、かつ、その所得者と事実上婚姻関係と同様の事情にあると認められる者がいない人（⑭のひとりに親に該当する人を除きます。） イ 夫と離婚した後婚姻をしていない人、④の扶養親族を有する人 ロ 夫と死別した後婚姻をしていない人又は夫の生死が明らかでない人
【⑭ひとり親】 所得者本人で、次の全てに該当する人のうち、令和 8 年中の所得の見積額が 500 万円以下、かつ、その所得者と事実上婚姻関係と同様の事情にあると認められる者がいない人 イ 現に婚姻をしていない人又は配偶者の生死が明らかでない人 ロ その所得者と生計を一にする子（他の人の①の同一生計配偶者又は④の扶養親族とされている者を除き、令和 8 年中の総所得金額等の見積額が 58 万円以下の子に限ります。）を有する人
【⑮勤労学生】 所得者本人で、次の全てに該当する人 イ 大学、高等学校などの学生や生徒、一定の要件を備えた専修学校、各種学校の生徒又は職業訓練法人の行う認定職業訓練を受ける訓練生であること。 ロ 自分の勤労に基づいて得た事業所得、給与所得、退職所得又は雑所得（以下「給与所得等」といいます。）があること。 ハ 令和 8 年中の所得の見積額が 85 万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が 150 万円以下）であって、そのうち給与所得等以外の所得が 10 万円以下であること。

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									
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			
組合員種別（該当に○）		・一般職員 ・任期付職員(7/41・短時間) ・再任用職員(7/41・短時間) ・会計年度任用職員・その他特別職 ・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									扶養手当受給の有無		判 定		備考	認定区分						
		男・女		昭和			〒	令和 年 月 日	令和 年 月	令和 年 月 日	認定・取消		普通							
				平成 年 月 日				支給						廃止	回収日 令和 年 月 日	特別 障害				
個人番号(必須)																				
資格確認書の交付希望		以下の要件に該当する場合に交付します。いずれかに☑を記入してください。							扶養手当の申請の有無		<input type="checkbox"/> 交付 <input type="checkbox"/> 交付不可 確認日 令和 年 月 日									
※扶養認定(増)のうち、希望する場合に記入		<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"/> 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。							<input type="checkbox"/> 申請した <input type="checkbox"/> 申請しない ※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。											
上記のとおり申告します。								令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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										
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) 総務課 (連絡先) 078-302-4321										
所属所長(補職名)								事務局総務課長								(氏名) 秋武 伸吾				

- 「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。
- 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資格確認書等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。
- 【結果通知について】決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算した3か月以内に文書又は口頭で、その趣旨及び理由を付して、全国市町村職員共済組合連合会審査会に対して審査請求することができます。また、行政事件訴訟法により、この決定があったことを知った日から6か月以内(審査請求を行ったときは、審査会の裁決があったことを知った日から6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 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。〕										認定対象者をいつから扶養しているか、 (ア) 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。
										認定対象者を組合員が扶養しなければなら (ロ) 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。
										認定対象者と同居しているか別居かを (ハ) 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。
										認定対象者が、今後就職等で自立する予定 (ニ) があるかどうかを記入してください。
										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） (ホ) 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）。						
<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させ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 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員氏名</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 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">補職名 事務局総務課長</p> <p style="text-align: center;">所属所長 氏 名 秋武 伸吾</p>										

《提出にあたっての注意事項》

- 1 同居・別居届(様式3-3-2)も必ず併せて提出してください。
- 2 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。
- 3 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

組合員の 記号・番号	記号	番号							組合員氏名		配偶者 の有無	有・無
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。)

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
	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
	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（ ）】

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	

組合員種別 (いずれかに○をしてください)	
一般組合員	・一般 ・任期付 ・再任用(フルタイム) ・会計年度任用 (フルタイム2年目以降) ・その他特別職 ・病院機構職員
短期組合員	※各事業主へ、事業主に指定された様式で提出してください

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
			7. 平成			
			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	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			
		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→) <input type="checkbox"/>		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 変更前氏名 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 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		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。
- | | | | | | | | |
|---|---------------|---|---|---|---|---|---|
| ① | 昭和
U
平成 | 6 | 3 | 0 | 5 | 0 | 3 |
|---|---------------|---|---|---|---|---|---|
- 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。

<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号被保険者になった日 : 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号被保険者でなくなった日 : 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。
- ⑭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. 上記イウエ以外に他の収入がある場合	イウエに応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

- ・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。

※「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。

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。

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：_____

■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・許可済・ 許可申請中)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 ㊟
	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		
	ふりがな	こうべしりつりょうせんたーちゅうおうしゅみんびょういん		
	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・薬剤師の免許 薬局開設許可・医薬品販売業許可 (該当のものを○で囲むこと)		第 号		
		昭和・平成・令和 年 月 日		
申請者（法人は 業務を行う役員） 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 〃 (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 <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 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 麻薬又は覚せい剤の中毒 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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. 施用者、管理者及び研究者の免許申請の場合は、医師等の免許証を、小売業者又は卸売業者の免許申請の場合は、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保健所（神戸市については各区保健センター（施用者・管理者・研究者）又は保健所（小売業者））に提出すること。
ただし、保健所設置市内の卸売業者の免許申請は、県薬務課に提出すること。

(連絡先：神戸市立医療センター中央市民病院 電話番号：078-302-4321)

醫師 各位

神戸市立医療センター中央市民病院
総務課

「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(略称：緩和ケア研修会)」
 修了者の申請についてお願い

平成 26 年 1 月、がん診療拠点病院の指定要件が改定されました。

がん診療連携拠点病院では、初期臨床研修 2 年目から初期臨床研修修了後 3 年以内の全ての医師が、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を修了する体制を整備する必要があります。

また、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して、WHO 方式のがん性疼痛の治療法に基づき、保険医療機関の保険医が計画的な治療管理及び療養上必要な指導を行い、麻薬を処方した場合に、「がん性疼痛管理指導料」が 200 点(未受講者に於いては 100 点)加算されます。その必要要件が、緩和ケアに係る研修を受けた保険医が行うこととされております。

つきましては、当院でも確実に報酬算定を行い共同指導にも対応していくために「緩和ケア研修会」の受講者の把握に努めたく存じますので、修了証の確認させていただきますようお願い申し上げます。

記

- [illegible]


以上

神戸市民病院機構 新規採用職員 雇用前健康診断票

下記の太枠内を各自記入すること

(検査日) 令和 年 月 日

職 種	医師	氏 名			昭和 平成	年 月 日生		
1 あなたの健康状態はどうですか ①非常によい ②普通 ③病気にかかっている					病名 発病時期 年 月 日			
2 今までに入院したり半月以上 病気をしたことがありますか ①ない ②ある			病名 時期 期間	1	2	3		
			年 月 日 約 日	年 月 日 約 日	年 月 日 約 日			
3 たばこを吸いますか ①吸っている ②吸っていた ③まったく吸っていない ①②と答えた方 1日何本吸っていますか _____ 本 何年間吸っていましたか _____ 年 ②と答えた方 何年前まで吸っていましたか _____ 年前まで								
4 アルコールを飲みますか ①飲む ②飲まない ①と答えた方 1日どの程度飲みますか ビール・日本酒・焼酎・ウィスキー _____ ml 1週間に何日くらい飲みますか _____ 日								

視 力	右	()	聴 力	1000HZ	右	db	左	db
	左	()		4000HZ	右	db	左	db
身長		. cm	体重		. kg	腹囲		cm
胸部 X 線 所見 No. _____					心電図 所見			
								
血圧		/ mmHG		尿	蛋白 :		糖 :	
赤血球数		万 / μ l		血色素量		g / dl		
肝機能		GOT	IU / l	GPT	IU / l	γ - GTP	IU / l	
血糖		mg / dl						
血中脂質		TG	mg / dl	HDL コレステロール		mg / dl	LDL コレステロール mg / dl	
備考							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、救急救命士	<ul style="list-style-type: none"> ・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、院内保育士、事務職員、委託派遣職員、KMCP 協力法人	<ul style="list-style-type: none"> ・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げ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。

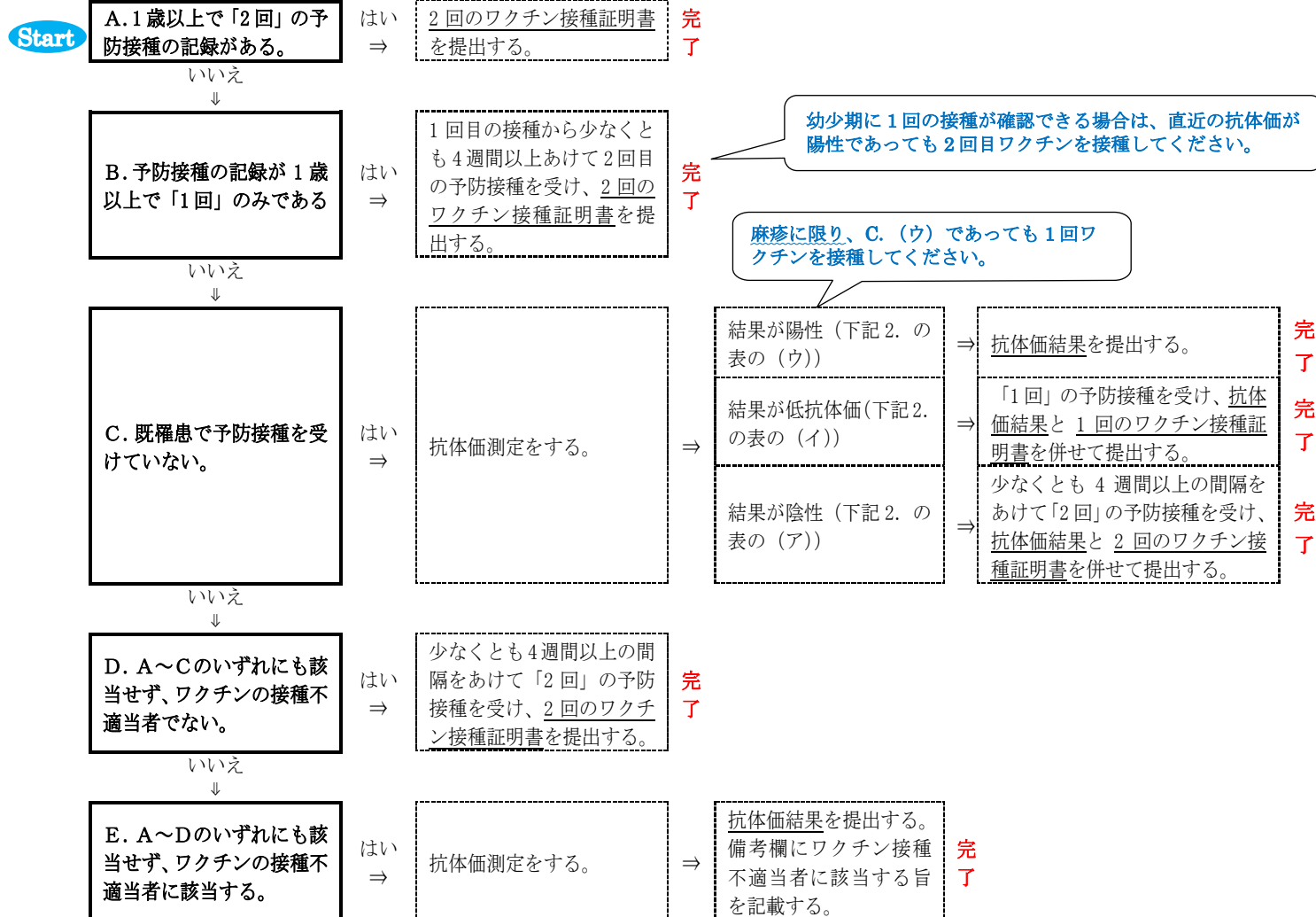
（厳しい場合は別途相談）

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

	（ア）あと2回の予防接種が必要	（イ）あと1回の予防接種が必要	（ウ）今すぐの予防接種は不要
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 CLIA法（I）10IU/mL未満 LTI法（J）6IU/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 CLIA法（I）10以上25IU/mL未満 LTI法（J）6以上35IU/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 CLIA法（I）25IU/mL以上 LTI法（J）35IU/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、ベア穴の吸光度の差（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」ルベラ 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ダイアグノスティクス（エンザイグノスト B 風疹/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・バイオメテック株式会社（バイダスアッセイキット RUBIgG）：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：極東製薬工業株式会社（ランピア ラテックス RUBELLA II）：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（アクセス ルベラ 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。

I：アポットジャパン株式会社（Rubella-G アポット）：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。

J：極東製薬工業株式会社（ランピア ラテックス RUBELLA II）：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。

*第5期定期接種は、2019年～2025年3月までの期間限定で、対象は昭和37年4月2日～昭和54年4月1日生まれ男性です。

＜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	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	
2回目	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	
3回目	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	
2回目	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 接種日詳細不明	()	
3回目	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 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

令和 年 月 日

神戸市立医療センター中央市民病院長 様

所 属 _____

氏 名 _____

職員番号 _____

駐 車 許 可 申 請 書

病院が定める駐車場運営要綱に規定する設置目的に該当するため、下記のとおり職員駐車場の定期利用について許可申請いたします。

なお、許可を受け利用する場合、裏面注意事項を遵守し、院長の指示に従います。

[参考] 神戸市立医療センター中央市民病院駐車場運営要綱 抜粋

(駐車場の設置目的)

5 駐車場の管理運営は、それぞれの設置目的に応じて円滑に実施しなければならない。

(1) 略

(2) 職員専用駐車場は、病院としての性格上患者の急変時に対処しうるよう医師等を緊急に呼び出すため等に設置する。

(3) 略

☐ 杉の子保育園を利用

クラス (歳児)

子の名前 ()

※該当する場合、4. の
チェックは不要

1. 使用車種及び車両番号

車 種 : _____

(例 : トヨタ プリウス)

車両番号 : _____

(例 : 神 戸 ・ 123 ・ あ ・ 11 - 11)

2. 自宅住所

3. 使用開始日

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~

(総務課)

通勤届確認欄

--

★駐車場利用にあたっての注意事項

- (1) 駐車定期券(駐車許可証)の交付を受けたのち、次の場合は必ず届け出願います。
 - ア. 自動車の車種等が変更したとき (様式2)
 - イ. 駐車定期券を紛失したとき (様式3)
 - ウ. 駐車場が必要でなくなったとき (様式4)
- (2) 月の途中の解約については、その月の料金を返金しません。
駐車料金の引き去り手続の中止は、利用中止の申し出並びに駐車定期券(駐車許可証)を受領した日の属する月の翌月に行います。
→利用中止の申し出並びに駐車定期券(駐車許可証)の返却がない場合は、利用の実態がない場合でもその月の料金は返金できません。
- (3) 他人に貸与する等不正利用は禁止します。
- (4) 駐車定期券(駐車許可証)を不正に使用した場合、料金の未納があった場合、駐車場使用ルールを守らない、病院長の指示に従わない場合には駐車許可を取り消すことがあります。
- (5) 緊急呼出による出務の場合、無料駐車処理を1階東守衛室で行っております。
緊急呼出の目的のみで使用される方は駐車定期券(駐車許可証)の返却と引き去りの中止を総務課に申し出てください。
- (6) 交付の駐車定期券は、職員駐車場でのみ使用してください。

★駐車料金

月極 : 1か月 4,400円 (令和元年10月1日現在)

