

印刷して提出
してください。

様式集



～非常勤職員用～

～採用前に提出する書類～

- 📎 履歴書
- 📎 職務内容調書・記入例
- 📎 申告書
- 📎 承諾書
- 📎 雇入時健康診断書
(※提携機関で受診された場合は提出不要です)
- 📎 予防接種実施状況調査票

～採用日から7日以内に提出する書類～

- 📎 給与等の口座振込申出書
- 📎 短期組合員資格取得届
- 📎 資格確認書(再)交付申請書
- 📎 被保険者資格取得届
- 📎 第3号被保険者関係届
- 📎 被扶養者申告書
- 📎 扶養の申立書
- 📎 給与証明書
- 📎 雇用保険確認票
- 📎 個人番号登録・変更届
- 📎 給与所得者の扶養控除等(異動)申告書

～採用日から15日以内に提出する書類～

- 📎 通勤届
- 📎 構内駐車承認申請書
- 📎 住居届

～速やかに手続きをする書類～

- 📎 患者ID回答票
- 📎 被ばく積算線量報告書
- 📎 医療情報システム利用申請書
- 📎 誓約書

(様式 2)

年(西暦)	月	日	免許・資格

年(西暦)	月	日	賞罰等

志望の動機、特技、好きな学科など	通勤時間	約	時間	分
	扶養家族(配偶者を除く)			
	人			
配偶者		配偶者の扶養義務		
有 無		有 無		

本人希望記入欄 (特に給料、職種、勤務時間、勤務地、その他についての希望などがあれば記入)

保護者(本人が未成年の場合のみ記入)		TEL.
ふりがな		
氏名	住所 〒 -	
		FAX.

職 務 内 容 調 書

氏 名	(西暦 年 月 日生)
機 関 名 等	
勤 務 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 現 在
勤 務 態 様	1. 正規職員 2. 常勤的非常勤 3. パート職員 <small>(労働時間が正規職員と同様の場合)</small>
	1 週平均 時間 一日平均 時間
職名及び職務内容	
その他参考事項	

頭書の者は、上記のとおり勤務した・していることを証明します。

年 月 日

所在地

名称

代表者職氏名

印

☆ 記入例は、様式と一緒に各事業所へ提出し、証明を依頼してください。

職 務 内 容 調 書

記入例

氏 名	○ ○ ○ ○ (○○年○○月○○日生)
機 関 名 等	○○○○病院 (旧 ○○○○病院 年 月 日改称) ※名称を変更されている場合、勤務当時の名称も併記願います。
勤 務 期 間	○○年 ○月 ○日から ○○年 ○月 ○日まで 現 在
勤 務 態 様	① 正規職員 2. 常勤的非常勤 3. パート職員 <small>(※勤務期間が正規職員と同様の場合)</small>
	1週平均 40 時間 一日平均 8 時間
職名及び職務内容 <ul style="list-style-type: none"> 看護助手として看護補助業務に従事 (○○年○○月○○日～○○年○○月○○日) パート職員 (1週平均○○時間、1日平均○時間勤務) 看護師として看護業務に従事 (○○年○○月○○日～○○年○○月○○日) 正 規 職 員 (1週平均○○時間、1日平均○時間勤務) 産前産後休暇：○○年○月○○日～○○年○月○○日 育児休業：○○年○月○○日～○○年○○月○○日 	
その他参考事項 ○○○年○○月○○日退職予定	

勤務期間内に、勤務態様、職名及び職務内容に変更がある場合は、それぞれの期間がわかるように記入してください。
産前産後休暇、育児休業、休職についても記入してください。
産前産後休暇と育児休業は分けて記入してください。

在職中の場合は、退職予定日を記載願います。(後日、退職の確認を問い合わせさせていただく場合がありますので、ご了承願います。)

頭書の者は、上記のとおり勤務した・~~している~~ことを証明します。

○○年 ○月 ○日

職務内容調書の記入にあたり、ご不明な点がございましたら、三重大学医学・病院管理部総務課人事係 (059-231-5046) までご連絡ください。

所在地 ○○○○○○○○○○○○○○○○○
名称 ○○○○○○○○○○○○○○○○○
代表者職氏名 ○○ ○○○

印鑑

申 告 書

令和 年 月 日

国立大学法人三重大学長 殿

氏名
(自署)

私は、国立大学法人三重大学に採用されるにあたり、提出した証明書等に記載のない期間について、就学、就業及び研究等に從事していないことを申告します。

承 諾 書

令和 年 月 日

三重大学長 殿

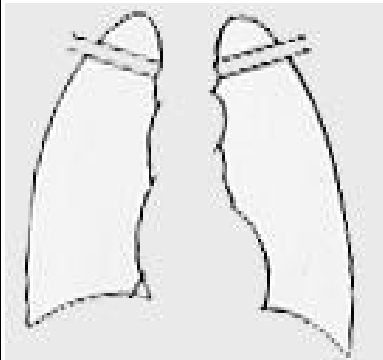
氏名_____

私は、三重大学にフルタイム職員として採用されるに当たり、雇用期間が令和 年
月 日までであることを承諾します。

なお、今後、三重大学の都合により雇用が更新される場合があっても、通算3年以内
(任期付職員として雇用された期間が2年以上ある場合は、フルタイム職員として雇用され
る期間と連続して5年以内) であることも併せて承諾します。

雇入時健康診断書

(医療従事者用)

ふりがな 氏名	生年月日		年 月 日				
	性別	男 : 女	年齢	歳			
業 務 歴	血 圧 (mmHg)						
	貧 血 検 査	血色素量 (g/dL)					
		赤血球数 (万/mm ³)					
既 往 歴	肝機能検査	GOT (IU/L)					
		GPT (IU/L)					
		γ-GTP (IU/L)					
自 覚 症 状	血中脂質検査	LDL コレステロール (mg/dL)					
		HDL コレステロール (mg/dL)					
		トリグリセリド (mg/dL)					
		総コレステロール (mg/dL)					
他 覚 症 状	その他の検査	W B C (m L)					
		P L T (万 / m L)					
		M C V					
		ヘマトクリット					
		尿酸 (m g / d L)					
身 長 (c m)		クレアチニン (mg/dL)					
体 重 (k g)	血糖検査	GLU (mg/dL)					
		H b A 1 c (%)					
B M I	尿 検 査	糖	-	+	++	+++	
		たん 蛋 白	-	+	++	+++	
		潜血	-	+	++	+++	
心電図検査	B型肝炎検査	HBs 抗原定量 (IU/mL)	数値				
		HBs 抗体定量 (mIU/mL)	数値				
視 力	右 ()	ウイルス抗体検査	風疹 (HI法)	数値			
	左 ()		麻疹 IgG (EIA)	数値			
聴 力	右 1000Hz		1 所見なし	2 所見あり	ムンプス IgG (EIA)	数値	
	4000Hz		1 所見なし	2 所見あり	水痘・帯状疱疹(EIA)	数値	
聴 力	左 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	結 核 検 査	T スポット		
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
胸部エックス線検査	直接 間接 撮影 年 月 日		総合所見				
	所見: .			備 考			
							
フィルム番号			年 月 日				
			・健診年月日				
			・実施機関 住所・名称				
			・担当医師				
						印	

備考

- 1 BMIは、次の算式により算出すること。

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

- 2 「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（ ）内に記入すること。
- 3 「B型肝炎検査」「ウイルス抗体検査」「結核検査」については医療関係業務従事者のみ結果を記入すること。
- 4 原則として、「B型肝炎検査」は、抗原検査、抗体検査ともにCLIA法、「麻疹ウイルス抗体検査」はIgG EIA法、「風疹ウイルス抗体検査」はHI法、「水痘・帯状ヘルペスウイルス抗体検査」はEIA法及び「ムンプスウイルス抗体検査」はIgG EIA法が望ましい。
- 5 「総合所見」の欄は、健康診断の結果、「異常なし」「要経過観察」「要精密検査」「要治療」など総合的な所見を記入すること。

予防接種実施状況調査票

※該当部分に記入又は○で囲ってください

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢	満	歳	性別	

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎】

感染症名	予防接種状況・罹患状況	感染症名	予防接種状況・罹患状況
麻疹	1回目 西暦 年 月 日	風疹	1回目 西暦 年 月 日
	2回目 西暦 年 月 日		2回目 西暦 年 月 日
	追加 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日
	接種歴不明		接種歴不明
	罹患 歳頃		罹患 歳頃
水痘	1回目 西暦 年 月 日	流行性 耳下腺炎	1回目 西暦 年 月 日
	2回目 西暦 年 月 日		2回目 西暦 年 月 日
	追加 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日
	接種歴不明		接種歴不明
	罹患 歳頃		罹患 歳頃

【B型肝炎】

	予防接種状況	抗体価検査
1シリーズ	1回目 西暦 年 月 日	抗体価検査：実施した ・ 実施していない ↓ ※分かる範囲でご記入下さい 最終検査日： 年 月 月 抗体価： 陽性 ・ 陰性 測定値：(mIU/mL) ※B型肝炎抗体価が10以上の陽性化歴がある場合は、その検査結果の写しを添付してください。 ※以下の場合はその旨、余白に記入してご提出ください。 ①B型肝炎ワクチン2シリーズ接種したが抗体が見つからない ②接種歴はあるが記録が無い
	2回目 西暦 年 月 日	
	3回目 西暦 年 月 日	
2シリーズ	1回目 西暦 年 月 日	
	2回目 西暦 年 月 日	
	3回目 西暦 年 月 日	
その他	西暦 年 月 日	
	西暦 年 月 日	

※予防接種歴がわかる母子手帳、予防接種済証等の写しを裏面に添付して下さい。
 ※予防接種日がわかる母子手帳等の記録が無い場合は日本環境感染学会のガイドラインをもとに、「接種歴なし」と考えます。

証明書類（母子健康手帳の写し、医療機関または市町村が発行する予防接種済証の写し等）を糊付けしてください

事務担当記入欄

所属	職員番号	ID
----	------	----

予防接種実施状況調査票

※該当部分に記入又は○で囲ってください

フリガナ	ミエダイ ハナコ	生年月日	西暦	2000	年	1	月	1	日
氏名	三重大 花子	年齢	満	23	歳	性別	女		

【麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎】

感染症名	予防接種状況・罹患状況	感染症名	予防接種状況・罹患状況
麻疹	1回目 西暦 2001年 1月 7日	風疹	1回目 西暦 2001年 1月 7日
	2回目 西暦 2001年 2月 7日		2回目 西暦 2001年 2月 7日
	追加 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日
	接種歴不明		接種歴不明
	罹患 歳頃		罹患 歳頃
水痘	1回目 西暦 2001年 3月 14日	流行性 耳下腺炎	1回目 西暦 年 月 日
	2回目 西暦 2001年 4月 15日		2回目 西暦 年 月 日
	追加 西暦 年 月 日		追加 西暦 年 月 日
	接種歴不明		接種歴不明
	罹患 歳頃		罹患 2歳頃

【B型肝炎】

	予防接種状況	抗体価検査
1シリーズ	1回目 西暦 2018年 5月 10日	抗体価検査：実施した・実施していない ↓ ※分かる範囲でご記入下さい 最終検査日：2018年 12月 15日 抗体価：陽性・陰性 測定値：(120 mIU/mL)
	2回目 西暦 2018年 6月 12日	
	3回目 西暦 2018年 11月 10日	
2シリーズ	1回目 西暦 年 月 日	※B型肝炎抗体価が10以上の陽性化歴がある場合は、その検査結果の写しを添付してください。
	2回目 西暦 年 月 日	
	3回目 西暦 年 月 日	
その他	西暦 年 月 日 西暦 年 月 日	※以下の場合はその旨、余白に記入してご提出ください。 ①B型肝炎ワクチン2シリーズ接種したが抗体が見つからない ②接種歴はあるが記録がない

※予防接種歴がわかる母子手帳、予防接種済証等の写しを裏面に添付して下さい。
 ※予防接種日がわかる母子手帳等の記録が無い場合は日本環境感染学会のガイドラインをもとに、「接種歴なし」と考えます。

証明書類（母子健康手帳の写し、医療機関または市町村が発行する予防接種済証の写し等）を糊付けしてください

事務担当記入欄

所属	職員番号	ID
----	------	----

「給与等の口座振込申出書」記入要領

この申出書は、「給与」・「旅費及び謝金」・「短期給付金」を指定の口座へ振り込むための申出書です。
下記に留意の上、ご記入願います。

記

- ・振込指定口座は、本人名義に限ります。
- ・所属部局、氏名、フリガナ、職員番号、金融機関への届出住所、振込口座を記入してください。
- ・指定された口座への給与振込は、支給日当日の概ね午前10時頃となります。
- ・振込口座等の変更を希望する場合、変更申出書（別様式）を提出してください。
- ・なお、提出していただいた個人情報、ご本人との連絡及び振込の目的に利用し、それ以外の目的には使用いたしません。

○給与等の振込口座をゆうちょ銀行以外に指定する場合（銀行、信用・労働金庫、組合等の場合）

振込口座について、銀行等の欄に「金融機関名」、「本・支店名」、「預金種別」及び「口座番号」を記入してください。

○給与等の振込口座をゆうちょ銀行に指定する場合

振込口座について、ゆうちょ銀行の欄に「通帳記号」及び「通帳番号」を記入してください。

給与明細及び源泉徴収票（以下、「給与明細等」という）の電磁的方法による提供について

三重大学では、環境先進大学として事務業務のペーパーレス化を推進しております。給与明細等は専用のWEBブラウザシステム（WEB給与明細）を用いた電磁的方法により提供しております。給与明細等の電磁的方法による提供に承諾せず、紙面での交付を希望する場合は、欄にチェックを入れてご提出ください。チェックが無い場合は、給与明細等の電磁的方法による提供に承諾したものとみなします。

WEB給与明細は三重大学のホームページよりアクセスしてください。

三重大学 HP>教職員用ページ>人事労務チーム>WEB給与明細・源泉徴収票

※承諾いただいた方も、採用後の初回給与では紙面が交付されることがあります。翌月も紙面の明細が届いた場合は以下の係へご連絡ください。

医学部・附属病院所属の方：総務課職員係（内線 6297、5708、5706、6398）

それ以外の所属の方：人事労務チーム経理給与担当（内線 9761、2022）

<記入例>

給与等の口座振込申出書

(令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日)

所属 部局	附属病院	フリガナ (口座名義)	※口座名義のフリガナを記入ください ミ エ タ ロウ							
		氏名	三 重 太 郎							
		職員番号	1	2	3	4	5	6	7	8
金融機関への 届出住所	(〒 ○○○ - ○○○○)(Tel ○○○ - ○○○ - ○○○○) ○○市○○町○○○番地									

国立大学法人 三重大学長 殿

国立大学法人三重大学大学職員就業規則第31条第3項等に基づき、下記のとおり申し出ます。

所得税法第二百二十六条第四項及び第二百三十一条第二項による、源泉徴収票及び給与明細の電磁的方法による提供について承諾します。

また、旅費・謝金の振込についても下記の口座への振込を申し出ます。

文部科学省共済組合 三重大学支部長 殿

私に支払われる共済組合からの短期給付金は、下記の口座への振込を申し出ます(共済組合員である場合に限る)。

給与明細及び源泉徴収票の電磁的方法による提供に承諾せず、紙面での交付を申し出ます。

記

振込先金融機関名		本・支店名		預金種別	番 号											
銀行等	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店		1. 普通	口座番号(7桁)											
	大学 <input type="checkbox"/> 金庫	法人 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	<input type="checkbox"/> 出張所		※口座番号は右詰にて記入ください											
	<input type="checkbox"/> 組合	銀行コード(※注)		本支店コード(※注)		2. 当座	8	2	1	0	3	4	5	X		
ゆうちょ銀行	コード(固定番号)		通帳記号(前・後は固定)		通常	通帳番号(8桁)										
	9	9	0	0		1	1	5	4	0	0	0	1	2	0	8
振込額		全 額														
振込開始時期		令和 7 年 4 月 振込分より														

- (注) ・本申出書は本人が記入すること。
 但し、銀行等欄の「銀行コード」、「本支店コード」は、部局担当係で記入するため、記入不要。
 ・振込先金融機関は、「銀行等」又は「ゆうちょ銀行」のいずれかを選択し、記入すること。
 ・振込先指定口座は、必ず本人名義であること。
 ・該当する事項を○で囲む、または☑を入れること。
 ・口座番号は右詰にて記入すること。
 ・なお、提出していただいた個人情報、ご本人との連絡及び振込の目的に利用し、それ以外の目的には利用いたしません。

給与等の口座振込申出書

(令和 年 月 日)

所属 部局		フリガナ (口座名義)							
		氏名							
		職員番号							
金融機関への 届出住所	(〒 -) (Tel - -)								

国立大学法人 三重大学長 殿

国立大学法人三重大学大学職員就業規則第31条第3項等に基づき、下記のとおり申し出ます。

所得税法第二百二十六条第四項及び第二百三十一条第二項による、源泉徴収票及び給与明細の電磁的方法による提供について承諾します。

また、旅費・謝金の振込についても下記の口座への振込を申し出ます。

文部科学省共済組合 三重大学支部長 殿

私に支払われる共済組合からの短期給付金は、下記の口座への振込を申し出ます(共済組合員である場合に限る)。

給与明細及び源泉徴収票の電磁的方法による提供に承諾せず、紙面での交付を申し出ます。

記

振込先金融機関名		本・支店名		預金種別	番号								
銀行等	<input type="checkbox"/> 銀行	<input type="checkbox"/> 本店		1. 普通	口座番号(7桁)								
	<input type="checkbox"/> 金庫	<input type="checkbox"/> 支店											
	<input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 出張所		2. 当座									
銀行コード(※注)		本支店コード(※注)											
ゆう ちょ 銀行	コード(固定番号)		通帳記号(前・後は固定)		通常	通帳番号(8桁)							
	9	9	0	0		1				0			
振込額		全額											
振込開始時期		令和 年 月 振込分より											

- (注) ・本申出書は本人が記入すること。
 但し、銀行等欄の「銀行コード」、「本支店コード」は、部局担当係で記入するため、記入不要。
 ・振込先金融機関は、「銀行等」又は「ゆうちょ銀行」のいずれかを選択し、記入すること。
 ・振込先指定口座は、必ず本人名義であること。
 ・該当する事項を○で囲む、または☑を入れること。
 ・口座番号は右詰にて記入すること。
 ・なお、提出していただいた個人情報は、ご本人との連絡及び振込の目的に利用し、それ以外の目的には利用いたしません。

事 務 連 絡
平成 2 9 年 6 月 3 0 日

文部科学省共済組合の組合員及び被扶養者 各位
文部科学省共済組合に雇用される職員 各位

文部科学省共済組合本部

特定個人情報等利用目的通知書

文部科学省共済組合は、組合員及び被扶養者並びに文部科学省共済組合に雇用される職員の個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいいます。）を以下の目的で利用いたします。

1. 組合員及び被扶養者の個人番号利用事務等の範囲
 - ・ 個人情報検索等事務
 - ・ 情報連携事務
 - ・ 年金関係事務（国民年金第3号被保険者関係事務）
 - ・ 積立貯金関係事務
 - ・ 組合員資格関係事務
 - ・ 年金請求関係事務

2. 文部科学省共済組合に雇用される職員の個人番号関係事務の範囲
 - ・ 源泉徴収票等作成事務
 - ・ 雇用保険等関連事務
 - ・ 年金関係事務（国民年金第3号被保険者関係事務）
 - ・ 財形貯蓄等関係事務

(参考) 文部科学省共済組合が行う個人番号利用事務等における特定個人情報等
取扱規程(平成27年12月22日 文部科学省共済組合本部長決定)(抄)

第1 総論

2 個人番号利用事務等の範囲

(1) 個人番号利用事務の範囲

組合が行う個人番号利用事務とは、法令等に基づき、組合員、組合員であった者、被扶養者その他の個人、他の個人番号利用事務等実施者又は地方公共団体情報システム機構から特定個人情報等の提供を受け実施する次に掲げる事務をいう。

① 組合が、番号法別表第1の下欄に掲げる事務処理に関して、組合の保有する

特定個人情報ファイルにおいて特定個人情報等を検索及び管理する事務(以下「個人情報検索等事務」という。)

② 番号法別表第2の第2欄に掲げる事務処理に関して、組合が情報照会者又は情報提供者として第1欄又は第3欄に掲げる者に特定個人情報等を照会又は提供する事務(以下「情報連携事務」という。)

(2) 個人番号関係事務の範囲

組合が行う個人番号関係事務とは、法令等に基づき、組合職員等、組合員、外部有識者等、扶養親族その他の個人から特定個人情報等の提供を受け、当該特定個人情報等が記載された法定調書等を作成することとなる次に掲げる事務をいう。

① 源泉徴収票等作成事務

所得税法、地方税法等の定めにより、源泉徴収義務者として、給与等の支払いを受ける者から特定個人情報等の提供を受け、当該特定個人情報等が記載された源泉徴収票等を作成し、所轄の税務署長及び給与等の支払いを受ける者が居住する市区町村長に提出等する事務。

② 雇用保険等関連事務

雇用保険法(昭和49年法律第116号)、健康保険法(大正11年法律第71号)及び厚生年金保険法(昭和29年法律第115号)の定めにより、事業主として、雇用保険等に加入する者から特定個人情報等の提供を受け、当該特定個人情報等が記載された被保険者資格取得届等を作成し、所轄の公共職業安定所又は日本年金機構(年金事務所)に提出等する事務。

③ 年金関係事務(国民年金第3号被保険者関係事務)

組合職員等、組合員又は扶養親族から提出のあった国民年金第3号被保険者関係届を組合又は日本年金機構に提出する事務。

④ 積立貯金関係事務

組合職員等又は組合員から提出のあった文部科学省共済組合貯金規程における積立貯金関係書類を組合又は取扱金融機関等に提出する事務。

⑤ 財形貯蓄等関係事務

勤労者財産形成促進法(昭和46年法律第92号)その他の法令又はこれらに基づく特別の定めにより、組合本部職員又は組合支部職員から提出のあった財形貯蓄等に関する申込書類等を財形貯蓄等取扱機関である金融機関等に提出する事務。

⑥ 組合員資格関係事務

組合員から提出のあった長期組合員資格取得届及び70歳到達による第二号厚生年金被保険者資格喪失届を国家公務員共済組合連合会(以下「連合会」という。)に提出する事務。

⑦ 年金請求関係事務

組合員、組合員であった者又は扶養親族から提出のあった年金請求書を、連合会に提出する事務。

短期組合員資格取得届

フリガナ		課長		副課長		専門員		係長		起案者	
氏名		被扶養者の有無		個人番号							
所属局(部)課名		性別		基礎年金番号							
フリガナ		生年月日		資格取得年月日							
住所 (住民票上の住所)		昭和 平成									
資格取得前の勤務先に 関する事項		〒 _____ (現住所が住民票住所と異なる場合には併せて居所登録届を提出してください。)									
事業所の名称											
健康保険等の名称											
<p>国家公務員共済組合法施行規則第87条の2の規定により届け出ます。</p> <p>文部科学省共済組合 三重大学支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日 氏名</p>											
組合員証番号		備考		組合員証交付年月日		兼業の有無		整理簿			
職員番号(8桁)						兼業「有」の場合 事業所名					
						有・無		加入日			

被扶養者のある組合員は、この届書とともに被扶養者申告書及び扶養の事実を証明する書類を添付すること。
 注. 1. フリガナは入力するとカタカナで表示されます。姓と名の区切りでは一字分あけること。
 2. 氏名・住所は住民票の記載通りに記入してください。

↓裏面を必ず確認してください

【重要】必ず以下の内容を確認してください

新規採用者及び被扶養者の認定を受ける場合は、以下の内容を確認の上、該当する事項に✓をしてください。

1. マイナ保険証所有状況について

①マイナンバーカードを所有していますか

はい → ②に進んでください
 いいえ → 「資格確認書」を発行しますので、「資格確認書交付申請書」を提出してください



②マイナンバーカードにて、マイナンバーカードの保険証利用登録が完了していますか

はい → 「資格情報のお知らせ」を発行します
 いいえ → 「資格確認書」を発行しますので、「資格確認書交付申請書」を提出してください

健康保険情報は、マイナンバーにて確認できます

2. 住民税課税状況確認について

医療機関等の窓口でのお支払いが高額となる場合、マイナ保険証(または限度額適用認定証)を利用すると、窓口での支払いが自己負担限度額までになります(★表1参照)。自己負担限度額は組合員(被保険者)の標準報酬月額によって区分され、市区町村民税が非課税であれば、所得区分は「才 低所得者」に該当します(その場合、自己負担額および入院時食事療養費の標準負担額が減額になります)。

高額療養費の支給にあたり、所得区分「才 低所得者」の適用を受けるには、マイナ保険証の利用であっても、低所得者であることを確認するために、『**非課税証明書(または課税証明書)**』を事前に提出していただく**必要があります**(提出先: 人事労務チーム福祉担当)。

※市区町村民税が非課税等であっても標準報酬月額53万円以上の場合、低所得者には該当しません。

※ご自身の課税状況が不明な方は、各市区町村の窓口へお問い合わせください。

※資格取得時にご提出される場合は、共済組合加入月が4月～7月の場合は前年度の非課税証明書、8月以降の場合は当年の非課税証明書を提出してください。

◆詳しくは、文部科学省共済組合ホームページをご参照ください

★表1 自己負担限度額(70歳未満の者)

ア	標準報酬月額 83万円以上	252,600円 医療費が842,000円を超えた場合は、 その超えた分の1%を加算(140,100円)
イ	標準報酬月額 53万円～79万円	167,400円 医療費が558,000円を超えた場合は、 その超えた分の1%を加算(93,000円)
ウ	標準報酬月額 28万円～50万円	80,100円 医療費が267,000円を超えた場合は、 その超えた分の1%を加算(44,400円)
エ	標準報酬月額 26万円以下	57,600円 (44,400円)
オ	低所得者 ※	35,400円 (24,600円)

()内の額は、過去1年以内に同一世帯で、高額医療費の支給が3月以上あったとき(多数該当)の4月以降の自己負担限度額

届出年月日

居所登録届

組合に届出の住所（住民票の住所）と居所（実際に住んでいる住所）が異なる場合に以下を記入の上、所属の支部にご提出ください。

組合員証番号	
フリガナ	
組合員氏名	

【組合員住所が住民票住所と異なる場合】

現住所（居所）	〒	
（住民票住所）	〒	

【被扶養者住所が住民票住所と異なる場合】

	フリガナ	氏名	現住所 （住民票住所）	〒
1			現住所 （住民票住所）	〒
2			現住所 （住民票住所）	〒
3			現住所 （住民票住所）	〒
4			現住所 （住民票住所）	〒

課長	副課長	専門員	係長	起案者

資格確認書（再）交付申請書

新規 再交付

申請年月日		職員番号	
所 属			
フリガナ			
組合員氏名			
組合員等番号	個人番号		
住民票住所			
(居所)			

※ここから下の太線内は、交付を申請する人について記入してください。

組合員	フリガナ		申請理由	5. その他の場合は具体的な事情を以下に記入	事務方確認
	氏名				
	生年月日		個人番号		
被扶養者①	フリガナ	続柄	申請理由	5. その他の場合は具体的な事情を以下に記入	事務方確認
	氏名				
	生年月日		個人番号		
被扶養者②	フリガナ	続柄	申請理由	4. その他の場合は具体的な事情を以下に記入	事務方確認
	氏名				
	生年月日		個人番号		
被扶養者③	フリガナ	続柄	申請理由	4. その他の場合は具体的な事情を以下に記入	事務方確認
	氏名				
	生年月日		個人番号		
被扶養者④	フリガナ	続柄	申請理由	4. その他の場合は具体的な事情を以下に記入	事務方確認
	氏名				
	生年月日		個人番号		
被扶養者⑤	フリガナ	続柄	申請理由	4. その他の場合は具体的な事情を以下に記入	事務方確認
	氏名				
	生年月日		個人番号		
<p>【申請理由は以下より該当する数字を記入してください】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元がない 2. マイナンバーカードを返納する予定である 3. 介助者等の第三者が要配慮者（マイナンバーカードでの受診が困難な高齢者や障害者）である本人に同行して資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である 4. 資格確認書を滅失、棄損したため 5. その他 <p>※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載してください。</p> <p>(注)マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードを取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。</p>					
<p>(記載上の注意) 申請理由欄の補足説明</p>					

様式コード
2 2 0 0

健康保険
厚生年金保険
厚生年金保険

被保険者資格取得届
70歳以上被用者該当届



令和 年 月 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号		事業所番号	
	事業所所在地	届書記入の個人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	()			

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者1	① 被保険者整理番号	② 氏名 (姓) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 種別 1. 男 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得分 ① 健保・厚生 ③ 共済出向 ④ 給保任継 ⑥ 個人番号 基礎年金番号	⑦ 取得(該当)年月日		⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他()		
	⑪ 住所 〒 (7桁)	理由: 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		

被保険者2	① 被保険者整理番号	② 氏名 (姓) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 種別 1. 男 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得分 ① 健保・厚生 ③ 共済出向 ④ 給保任継 ⑥ 個人番号 基礎年金番号	⑦ 取得(該当)年月日		⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他()		
	⑪ 住所 〒 (7桁)	理由: 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		

被保険者3	① 被保険者整理番号	② 氏名 (姓) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 種別 1. 男 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得分 ① 健保・厚生 ③ 共済出向 ④ 給保任継 ⑥ 個人番号 基礎年金番号	⑦ 取得(該当)年月日		⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他()		
	⑪ 住所 〒 (7桁)	理由: 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		

被保険者4	① 被保険者整理番号	② 氏名 (姓) (名)	③ 生年月日 5.昭和 年 月 日 7.平成 年 月 日 9.令和 年 月 日	④ 種別 1. 男 5. 男(基金) 2. 女 6. 女(基金) 3. 坑内員 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得分 ① 健保・厚生 ③ 共済出向 ④ 給保任継 ⑥ 個人番号 基礎年金番号	⑦ 取得(該当)年月日		⑧ 被扶養者 0. 無 1. 有
	⑨ 報酬月額 ⑦(通貨) 円 ⑧(現物) 円	⑩ 備考 該当する項目を○で囲んでください。 1. 70歳以上被用者該当 2. 二以上事業所勤務者の取得 3. 短時間労働者の取得(特定適用事業所等) 4. 退職後の継続再雇用者の取得 5. その他()		
	⑪ 住所 〒 (7桁)	理由: 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他()		

協会けんぽご加入の事業所様へ
※ 70歳以上被用者該当届のみ提出の場合は、「⑩備考」欄の「1.70歳以上被用者該当」および「5.その他」に○をし、「5.その他」の()内に「該当届のみ」とご記入ください(この場合、健康保険被保険者証の発行はありません)。

この届書は「従業員を採用した場合」、「60歳以上の方で退職後に継続して再雇用した場合」にご提出いただくものです。

- ・70歳以上の方について提出する場合は、「⑩備考」欄の「1.70歳以上被用者該当」を○で囲んでください。
- ・次の場合は下記の別様式での届出をお願いします。
 - 従業員等が在職中に70歳に到達した場合→『70歳到達届』（資格喪失届・70歳以上被用者該当届）
 - 国民健康保険組合に加入する従業員を採用した場合→『被保険者資格取得届（国保組合用）』

記入方法

提出者記入欄：事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号をご記入ください。

事業所整理記号	0	1	イ	ロ	ハ	事業所番号	1	2	3	4	5
---------	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

- ①被保険者整理番号：被保険者整理番号を払い出しますので、記入する必要はありません。
- ②氏名：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名をご記入ください。フリガナはカタカナで正確にご記入ください。
- ③生年月日：年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照しご記入ください。
- | | | | | | |
|----|----|----|---|---|---|
| 昭和 | 平成 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 6 | 3 | 0 | 5 | 0 | 3 |
- ④種別：下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。
- | | 男子 | 女子 | 坑内員 |
|-----------|----|----|-----|
| 一般（基金未加入） | 1 | 2 | 3 |
| 厚生年金基金加入員 | 5 | 6 | 7 |
- ⑤取得区分：下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。
- | | |
|----------|------------------------------------|
| 1. 健保・厚年 | 健康保険・厚生年金保険の被保険者となったとき（船員保険適用者を除く） |
| 3. 共済出向 | 共済組合から公庫等へ出向した職員であるとき |
| 4. 船保任継 | 船員任意継続被保険者であるとき |
- ⑥個人番号 [基礎年金番号]：本人確認を行ったうえで、個人番号をご記入ください。基礎年金番号を記入する場合は、基礎年金番号通知書等に記載されている10桁の番号を左詰めでご記入ください。
- ⑦取得（該当）年月日：適用事業所に使用されるに至った日（事実上の使用関係が発生した日）、（70歳以上被用者該当届としての提出の場合は、70歳以上被用者に該当した日）、その使用される事業所が適用事業所となった日等をご記入ください。
- ⑧被扶養者：健康保険の被扶養者がある場合は「1.有」を、ない場合は「0.無」を○で囲んでください。
「1.有」の場合は『被扶養者（異動）届』の届出が別途必要です。
- ⑨報酬月額：「㉞（通貨）」は給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭（通貨）で支払われるすべての合計金額をご記入ください。
※1 臨時に支払うものや、3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。
※2 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額をご記入ください。
※3 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1カ月間に、同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額をご記入ください。
「㉟（現物）」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭（通貨）以外で支払われるものについてご記入ください。現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額（食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額）をご記入ください。
- ⑩備考：該当する場合に番号を○で囲んでください。
「1.70歳以上被用者該当」は、被用者が70歳以上の方の場合に○で囲んでください。
在職中に70歳に到達した場合は、この届書ではなく『70歳到達届』（資格喪失届・70歳以上該当届）をご提出ください。
「2.二以上事業所勤務者の取得」に該当する場合は、資格取得日から10日以内に、被保険者が『被保険者所属選択・二以上事業所勤務届』を提出する必要があります。
「3.短時間労働者の取得（特定適用事業所等）」は、短時間労働者に係る資格取得届を提出する場合に○で囲んでください。
「4.退職後の継続再雇用者の取得」に該当する場合は、この届書とあわせて『被保険者資格喪失届』の提出が必要です。
- ⑪住所：住民票住所をご記入ください。なお、日本国内に住民票（個人番号）を有していない等、住民票住所を記入できない場合は、居所等を記入のうえ「1.海外在住」「2.短期在留」「3.その他」のいずれか該当する理由を○で囲み、「3.その他」に○をした場合は、その理由をご記入ください。※日本年金機構に提出する際「⑥個人番号」欄に個人番号を記入した場合、住所記入は不要です。

添付書類

- ・60歳以上の方で退職後の継続再雇用の場合
 - ア.就業規則・退職辞令のコピー等退職日が確認できる書類、および継続して再雇用されたことが確認できる雇用契約書のコピー
 - イ.上記「ア」の書類が添付できない場合、事業主の証明書（退職日、再雇用日が記載されているもの）等

お知らせ

- ・マイナンバー制度の導入に伴い、日本年金機構では原則として住民票上の氏名および住所で年金記録を管理することにしています。住民票住所以外の居所等にねんきん定期便等の日本年金機構からの各種お知らせ等の送付をご希望の場合は、別途『住所変更届』をご提出ください。
- ・この『被保険者資格取得届・70歳以上被用者該当届』を提出し、資格取得の確認および標準報酬月額が決定されると、『資格取得確認および標準報酬決定通知書』・『70歳以上被用者該当および標準報酬月額相当額のお知らせ』（70歳以上被用者に該当する場合）が事業所に送付されますので、事業主は通知内容を被保険者に通知してください。
- ・「短時間労働者」とは、国・地方公共団体・特定適用事業所等において使用される、以下の全ての要件を満たした場合に被保険者となります。
 - ア.週の所定労働時間が20時間以上であること。
 - イ.雇用見込期間が1年以上であること（雇用期間が1年未満であるが、雇用契約書等でその契約が更新される旨または更新される場合がある旨明示されている場合を含む）。
 - ウ.賃金の月額が88,000円（年額106万円相当）以上であること。ただし、①臨時に支払われる賃金（結婚手当等）および1月を超える期間ごとに支払われる賃金（賞与等）、②所定時間外労働等に対して支払われる賃金（割増賃金等）、③最低賃金法において算入しないことを定める賃金（精皆勤手当、通勤手当および家族手当）を除く。
 - エ.学生でないこと。
 - ※令和4年10月より、イ.雇用見込期間が1年以上であることは、要件から除かれます。
 - ※上記ア～エの要件を満たしていても、1週間の所定労働時間および1カ月の所定労働日数が正社員の4分の3以上の従業員については、通常の被保険者となります。

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

提出者情報	届書記入の個人番号（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	令和 年 月 日

日本年金機構

社会保険労務士記載欄
氏名等

A. 配偶者欄 (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	7. 平成 年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	⑤ 住所 〒 - 都道府県	個人番号を記入した場合は、住所の記入は不要です。				

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. 第3号被保険者欄	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) ※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します <input type="checkbox"/>	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	7. 平成 年 月 日	③ 性別(続柄)	1. 夫 2. 妻 3. 夫(未届) 4. 妻(未届)
	⑦ 住所	1. 同居 2. 別居 〒 -	④ 個人番号 [基礎年金番号]	⑤ 外国籍 ⑥ 外国人通称名 (フリガナ)			
	⑨ 該当 第3号被保険者になった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和 年 月 日	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 非該当(変更) 第3号被保険者でなくなった日	7. 平成 年 月 日 9. 令和 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 ()			
⑫ 右の⑮～⑰の欄は、海外へ転出した場合や海外から転入した場合にいずれかを○で囲み、記入してください。	⑮ 1. 海外特例要件該当 2. 海外特例要件非該当	⑭ 理由	⑯ 理由	⑰ 理由			

健康保険証の発行元に確認を受けてください。 ※届書記載の配偶者が協会けんぽ加入者の場合は、確認不要です。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	
	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。	
	届書記載の第3号被保険者は、健康保険組合又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	〒 -
	名称	
代表者等氏名		
電話	()	

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
- ・海外居住の方が海外特例要件に該当または非該当となる場合

- ・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、海外特例要件該当・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
[基礎年金番号] : 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。

昭和 平成	6	3	0	5	0	3
----------	---	---	---	---	---	---

<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
[基礎年金番号] : 個人番号または基礎年金番号を記入してください。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 : 郵送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○で囲んだ上で、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あわせて提出してください。※海外居住者については、郵送物が届く国内における協力者住所(親族、第2号被保険者の勤務先住所等)を方書も含めて記入してください。なお、⑭「備考」欄には、第3号被保険者の海外住所を記入し、国内協力者が親族の場合は国内協力者の氏名および第3号被保険者との続柄を図<例1>のように記入してください。
- 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。死亡の届出の場合、①「氏名」欄に第3号被保険者の氏名を記入し、⑭「備考」欄に届出者(第2号被保険者)の氏名を記入してください。※海外居住中、海外特例要件に該当しなくなったときや離婚等により被扶養配偶者でなくなったときなどには第3号被保険者ではなくなりますので、⑫「第3号被保険者でなくなった日」欄および⑬「理由」欄(「6. その他」に理由)を記入してください。
- ⑭備考 : 第3号被保険者等の氏名・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。<例1> 変更(訂正)前の情報と変更年月日は図<例2>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。海外居住者が海外特例要件に該当した日を記入してください。
- ⑮海外特例要件に該当した日 : 海外居住の第3号被保険者が、海外から転入して引き続き第2号被保険者である配偶者に生計を維持されているときなどには、海外特例要件に該当しなくなったことの届出が必要です。海外から国内に転入したときは転入日(日本に住所を有することになった日)を記入してください。なお、海外居住中に海外特例要件に該当しなくなったときは、⑫「第3号被保険者でなくなった日」欄に記入してください。
- ⑰海外特例要件に非該当となった日 : 海外居住の第3号被保険者が、海外から転入して引き続き第2号被保険者である配偶者に生計を維持されているときなどには、海外特例要件に該当しなくなったことの届出が必要です。海外から国内に転入したときは転入日(日本に住所を有することになった日)を記入してください。なお、海外居住中に海外特例要件に該当しなくなったときは、⑫「第3号被保険者でなくなった日」欄に記入してください。

⑭ 備考	海外住所: ○○○○ ○○○○○○○ 国内協力者: 国年 一郎(父)
---------	---

<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。

<例2>

⑭ 備考	変更前氏名 コクネン サンコ 国年 三子 変更年月日 令和元年6月1日
---------	---

海外居住の第3号被保険者の方へ

海外居住時の海外特例要件に該当する第3号被保険者の方は、海外居住中、「海外特例要件に該当しなくなったとき」[配偶者である第2号被保険者が資格喪失をしたとき][当該第2号被保険者に生計を維持されなくなったとき]などには、第3号被保険者の資格喪失の届出が必要です(なお、資格喪失後も引き続き海外居住する場合、20歳以上65歳未満の日本国籍を有する方は国民年金に任意加入が可能です)。また、日本に住所を有したときや海外特例要件の事由を変更したときにも届出が必要です。

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	現在の年金受給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、不動産収入等がある場合	直近の確定申告書のコピー
オ. 上記イ~エ以外に他の収入がある場合	イ~エに応じた書類および課税(非課税)証明書
カ. 上記ア~オ以外	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。

※医療保険者の扶養認定がされていない場合で「海外特例要件」に該当するときは、上記書類にあわせて海外特例要件に該当していることを証する書類の添付が必要です。

詳細は、日本年金機構ホームページでご確認ください。

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)に委任します口」の口に✓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。

被扶養者等申告書

課長	副課長	専任員	係長	担当者	人事給与担当

組合員証番号		フリガナ	性別	昭和
職員番号(8桁)		氏名	生年月日	平成
個人番号(マイナンバー)		所属局(部)課名	採用(異動)年月日	
(12桁)				

住所(住民票の住所)

採用(異動)前の事業所		採用(異動)前の健康保険等名称									
※通番	フリガナ 認定(取消)を受けようとする者の氏名 個人番号	性別	続柄	生年月日	職業	年間所得 推計額	住民票の住所 (同居の場合は同居、別居は住所記入)	扶養親族の認定の有無	被扶養者の要件を備え又は は欠くに至った年月及び その理由	※判定	※理由
	フリガナ						〒			認定1 取消2	
	氏名										
	個人番号									5	
	フリガナ						〒			認定1 取消2	
	氏名										
	個人番号									5	
	フリガナ						〒			認定1 取消2	
	氏名										
	個人番号									5	
	フリガナ						〒			認定1 取消2	
	氏名										
	個人番号									5	

国家公務員共済組合法施行規則第88条の規定により届け出ます。

令和 年 月 日

住所
申告者 氏名

文部科学省共済組合三重大学支部長 殿

住民票	マイナンバー	カード発行日	カード回収日	担当係受領年月日	受理年月日	原票記入
長期変更 第3号	整理簿					システム登録日

1. 氏名、住所は住民票の記載とおりに、記入してください。但しシステムの仕様上、マッシュアップ等は省略する場合があります。
 2. 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として算出される勤労所得、資産所得、その他の所得の推計額を入力して下さい。
 3. 扶養事実の発生(消滅)の理由は、具体的に詳しく入力してください。
 4. 扶養親族の認定を受けている者について被扶養者の認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてください。
 5. なお、その者が所得税法上および地方税法上の配偶者控除および扶養親族に該当するときは、扶養親族の有無欄に○を入力してください。
 注:※印は入力しないで下さい。

↓裏面を必ず確認してください

【重要】必ず以下の内容を確認してください

新規採用者及び被扶養者の認定を受ける場合は、以下の内容を確認の上、該当する事項に✓をしてください。

1. マイナ保険証所有状況について

①マイナンバーカードを所有していますか

- はい → ②に進んでください
 いいえ → 「資格確認書」を発行しますので、「資格確認書交付申請書」を提出してください



②マイナポータルにて、マイナンバーカードの保険証利用登録が完了していますか

- はい → 「資格情報のお知らせ」を発行します
 いいえ → 「資格確認書」を発行しますので、「資格確認書交付申請書」を提出してください

健康保険情報は、マイナポータルにて確認できます

2. 住民税課税状況確認について

★表1 自己負担限度額(70歳未満の者)

医療機関等の窓口でのお支払いが高額となる場合、マイナ保険証(または限度額適用認定証)を利用すると、窓口での支払いが自己負担限度額までになります(★表1参照)。自己負担限度額は組合員(被保険者)の標準報酬月額によって区分され、市区町村民税が非課税であれば、所得区分は「才 低所得者」に該当します(その場合、自己負担額および入院時食事療養費の標準負担額が減額になります)。

高額療養費の支給にあたり、所得区分「才 低所得者」の適用を受けるには、マイナ保険証の利用であっても、低所得者であることを確認するために、『**非課税証明書(または課税証明書)**』を**事前に提出していただく必要があります**(提出先:人事労務チーム福祉担当)。

※市区町村民税が非課税等であっても標準報酬月額53万円以上の場合、低所得者には該当しません。

※ご自身の課税状況が不明な方は、各市区町村の窓口へお問い合わせください。

※資格取得時にご提出される場合は、共済組合加入月が4月～7月の場合は前年度の非課税証明書、8月以降の場合は当年度の非課税証明書を提出してください。

ア	標準報酬月額 83万円以上	252,600円 医療費が842,000円を超えた場合は、 その超えた分の1%を加算(140,100円)
イ	標準報酬月額 53万円～79万円	167,400円 医療費が558,000円を超えた場合は、 その超えた分の1%を加算(93,000円)
ウ	標準報酬月額 28万円～50万円	80,100円 医療費が267,000円を超えた場合は、 その超えた分の1%を加算(44,400円)
エ	標準報酬月額 26万円以下	57,600円 (44,400円)
オ	低所得者※	35,400円 (24,600円)

◆詳しくは、文部科学省共済組合ホームページをご参照ください

()内の額は、過去1年以内に同一世帯で、高額医療費の支給が3月以上あったとき(多数該当)の4月以降の自己負担限度額

扶 養 の 申 立 書

1 被扶養者の氏名等	氏 名	性 別	生 年 月 日		続 柄	配偶者の有無	住居区分	*国内居住要件
		男 女	S・H・R	年 月 日(歳)		有 無	同居 別居*	例外該当 →4へ
2 被扶養者の収入状況等	<input type="checkbox"/> 無職無収入です。 <input type="checkbox"/> 公的年金収入（遺族・障害年金含む）が、年間 _____ 円です。 その他の収入が（ある・なし） <input type="checkbox"/> 雇用保険にかかる申立書のとおりです。 <input type="checkbox"/> 雇用保険による収入が、月額 _____ 円です。 <input type="checkbox"/> 事業・農業・資産等の収入が、年間 _____ 円です。 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト等（個人年金を含む。）による収入が、 月額 _____ 円×12月÷年間推計収入額 _____ 円です。 <input type="checkbox"/> 別居のため、月 _____ 円の送金をしています。（年間推計送金額 _____ 円） ※組合員の年送金額等は、被扶養者年間収入額と年送金額の合計の3分の1以上必要です。 <input type="checkbox"/> 被扶養者 現況申立書（海外在住）のとおりです。 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）							
※ 3 扶養義務者の状況	氏 名	続 柄	年 齢	同居・別居の 区 別	職 業	年 間 収 入 額		
<input type="checkbox"/> 有(右記のとおり)						円		
<input type="checkbox"/> 無						円		
組合員の年間収入額 (_____ 円)						円		
4 組合員が扶養(生計を維持)しなければならない <u>具体的な理由</u>	*国内居住要件の例外【①外国に留学・②海外赴任に同行・③就労以外の一時的渡航（観光・保養・ボランティア等）・④その他（ _____ ）】該当のため（ _____ ）を添付します。							
5 被扶養者の前加入健康保険名	健康保険名 _____ (<input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 家族の扶養)							

※ 扶養義務者とは、配偶者、父母、兄弟姉妹等をいう。ただし、被扶養者申告書に記入している者及び既に認定している者は除く。

夫婦共同扶養の場合は、組合員及び配偶者の年間収入に係る公的な書類を提出していただきます。

(注) □欄には、該当事項に必ずチェック印してください。

上記のとおり、認定を受けようとするものは、主として私の収入により生計を維持していることを申し立てます。

なお、被扶養者に認定限度額〔月額108,333円（年額130万円）ただし、60歳以上の公的年金受給者又は障害年金受給者は年額180万円〕以上の所得が生じた場合、又は扶養の事実がなくなった場合には、延滞なく届け出ることを併せて申し立てます。

事実と異なる申告をしていた場合は、遡って扶養から外す場合があることを了承します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

文部科学省共済組合 三重大学支部長 殿

組合員氏名（自筆） _____

雇用保険確認票

(提出先:総務課職員係)

●職員番号: _____ ●所属: _____

フリガナ

●氏名: _____

●生年月日: 平 昭 年 月 日 ●性別: _____

●就職経路:(あてはまるものに○)
1:安定所紹介 2:自己就職 3:民間紹介 4:把握していない

●過去の雇用保険加入歴: 有 ・ 無 (あてはまるものに○)
↓有 の場合、記入ください

●雇用保険被保険者番号:(被保険者番号の確認できるものの写しを添付してください)

番 号			
	(4桁)	(6桁)	(1桁)

●過去に雇用保険に加入していたが、番号が分からない場合は、加入時勤務先名を記入ください

勤務先名	
退職日	

(複数ある場合は直近の勤務先1ヶ所を記入ください)

---外国人の場合、以下の項目も記入してください-----

●氏名: _____ (ローマ字)

●在留カードの番号:(在留カード右上の12桁の英数字)
| | | | | | | | | | | |

●在留期間: 西暦 年 月 日 まで

●国籍: _____ ●在留資格: _____

注 意

- 1 □□□□で表示された枠（以下「記入枠」という。）に記入する文字は、光学式文字読取装置（OCR）で直接読取を行うので、この用紙は汚したり、必要以上に折り曲げたりしないこと。
- 2 記載すべき事項のない欄又は記入枠は空欄のままとし、事項を選択する場合には該当番号を記載し、※印のついた欄又は記入枠には記載しないこと。
- 3 記入枠の部分は、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字の標準字体により明瞭に記載すること。
この場合、カタカナの濁点及び半濁点は、1文字として取り扱い（例：ガ→カ^ゝ、パ→ハ[゜]）、また「ヰ」及び「ヱ」は使用せず、それぞれ「イ」及び「エ」を使用すること。
- 4 1欄には、新規に個人番号を登録する場合は「1」を、登録した個人番号を変更する場合は「2」を記載すること。
- 5 2欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、個人番号（マイナンバー）を記載すること。
- 6 個人番号（マイナンバー）の変更を届け出る場合は、2欄には、必ず番号確認と身元確認の本人確認を行った上で、変更後の個人番号（マイナンバー）を記載し、3欄には変更前の個人番号（マイナンバー）を記載すること。
- 7 4欄には、雇用保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記載すること。なお、被保険者番号が16桁（2段／上6桁・下10桁）で記載されている場合は、下段の10桁について左詰めで記載し、最後の枠を空枠とすること。
- 8 5欄には、氏名をカタカナで記載し、姓と名の間は1枠空けること。
被保険者に氏名変更があった場合は、新氏名を記載するとともに、10欄及び11欄にも記載すること。
- 9 6欄には、該当するものの番号を記載すること。
- 10 7欄には、在留カードに記載されている順にローマ字氏名を記載すること。
- 11 8欄には、元号の該当するものの番号を記載し、年月日の年、月又は日が1桁の場合は、それぞれ10の位の部分に「0」を付加して2桁で記載すること。
（例：平成28年1月1日→）
- 12 事業主の住所及び氏名欄には、事業主が法人の場合は、その主たる事業所の所在地及び法人の名称を記載するとともに、代表者の氏名を付記すること。

事業主の方へのお願い

被保険者の方から個人番号（マイナンバー）を取得する際は、①正しい番号であることの確認（番号確認）と②正しい番号の持ち主であることの確認（身元確認）の本人確認を必ず行ってください。

令和7年分 給与所得者の扶養控除等(異動) 申告書

所属:

Form header section containing personal information, employer details, and tax status. Includes fields for name, address, and tax category.

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。

Main table with 4 columns: 区分等 (Category), フリガナ名 (Name), 個人番号 (Personal Number), 住所又は居所 (Residence). Contains rows for dependent categories and residence information.

Form section for other dependents, including fields for name, residence, and date of change.

○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親族等申告書の記載欄を兼ねています。)

Table for resident tax information, including columns for tax category, residence, and date of change.



○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、そのために提出したもので、給与に上乗せして支給している場合には、そのうちから提出することできません。私を控除している場合は、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。



※「令和7年中の所得の見積額」欄には、退職所得の金額を除いた所得の金額を記載します。

1 申告についての注意

- (1) この申告書は、令和7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6年においてその給与の支払者を経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を代えて「異動がない旨」を記載した申告書として「簡易な申告書」といいます。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（記載例）をご確認ください（表面の提出用、記載内容も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とだけで源泉控除対象配偶者について控除を受ける配偶者（特別）控除や扶養控除、障害者等の控除の金額が控除しきれない場合には、源泉控除対象配偶者や控除対象扶養親族を分けて他の給与の支払者について「新たな給与」として源泉控除等申告書として提出することができます。所要の事項を記載した「給与所得者の基礎控除申告書」又は「基礎控除又は配偶者（特別）控除の適用を受ける場合には、令和7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、控除対象扶養親族、年輪16歳未満の扶養親族又は退職手当等を受有する配偶者・扶養親族の「個人番号」を記載する必要がありますが、一定の要件の下、「個人番号」欄には、個人番号の記載を要しない場合があります。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の法人番号又は「個人番号」欄に記載してください。
(4) 「新たな給与」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) 控除対象扶養親族が同居を親等である場合には、「老人扶養親族」欄の「同居を親等」に、同居を親等以外の老人扶養親族であるときは「その他」にチェックを付けてください。
(6) 「令和7年中の所得の見積額」欄には、収入金額から必要経費等を差し引いた金額を記入してください。この場合、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（例えば収入金額が161万円9千円未満の場合には55万円（収入金額を限度とし）、非課税）を差し引いた金額が給与の所得の金額となります。
(7) 源泉控除対象配偶者が非居住者（注）である場合には、30歳未満である親族「欄」に○印を付けてください。「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、その非居住者の年齢が30歳以上70歳未満で一定の要件を満たす人（下記4⑤ロ）に該当する人（注）である場合には、「非居住者である親族」欄の「留学者」「障害者」又は「80万円以上の支払」のうち該当する項目にチェックする人（注）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、令和7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。
(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は、年末調整時に、令和7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。
(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や住所の所得者であるときは同居の有無、「個人番号」欄（個人番号）、住所又は居所、生年月日、あなたとこの親族及び令和7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、「控除対象扶養親族」欄又は「住民税に課する事項」欄に記載してまた、当該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7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）」欄に記載してください。
ロ 「勤労学生……学校名と入学年月日及び令和7年中の所得の種類と金額がありますので、給与の支払者に確認してください。
(10) あなたは同一生計内所得者若しくは年輪16歳未満の扶養親族をいいます。他の所得者の扶養親族等としたり、また、その生計内のある同一生計配偶者若しくは年輪16歳未満の扶養親族をいいます。このような場合には、その扶養親族等の氏名など「FD」欄に記載してください。
(注) 寡婦又はひとり親に該当する人については、この欄の記載を要しません。
ロ 「住民税に課する事項」欄は、①扶養親族のうち年輪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④において同じです。③の支払を受ける配偶者（退職所得の見積額が133万円以下）である人に限り、又は扶養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は、退職所得の金額が48万円を超える場合には、③に記載したあなたの支払を受ける年輪16歳未満の扶養親族について、退職所得を含めた所得の見積額が48万円を超える場合には、③に記載したあなたの支払を受ける年輪16歳未満の扶養親族を、扶養親族として記載します。また、「控除対象外国に扶養親族」欄又は「非居住者である親族」欄に記載した場合には、下記3(2)の確認書類を令和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りません。場合によっては、「住民税に関する事項」欄について、「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) 年の中途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) 以下に掲げる親族が非居住者である場合に必要添付書類等の手続の詳細は、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。
イ 扶養控除又は障害者控除の適用を受ける扶養親族
ロ 源泉控除対象配偶者である配偶者
ハ 障害者控除の適用を受ける同一生計配偶者
ニ 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。

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）は、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年中の所得の見積額が48万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が103万円以下）の人
- 【②控除対象配偶者】 ①の同一生計配偶者のうち、令和7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7年中の所得の見積額が900万円以下の人）に限り、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年中の所得の見積額が95万円以下（所得だけの場合は、給与の収入金額が150万円以下）の人
(注) 夫側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（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。）、児童福祉法の規定による里子又は老人福祉法の規定による養護老人で、令和7年中の所得の見積額が48万円以下の人
- 【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 年輪16歳以上の人（平成22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） 年輪16歳以上30歳未満の人（平成8年1月2日から平成22年1月1日までの間に生まれた人）
（ロ） 年輪70歳以上の人（昭和31年1月1日以前に生まれた人）
（ハ） 年輪30歳以上70歳未満の人（昭和31年1月2日から平成8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又は居所を有しなくなった人」「障害者」又は「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てするための支払を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、年輪19歳以上23歳未満の人（平成15年1月2日から平成19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、年輪70歳以上の人（昭和31年1月1日以前に生まれた人）
- 【⑧同居を親等】 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すれかとの同居を常況としてている人
- 【⑨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が欠く常況にある人……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、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、軽度の知的障害者と判定された人は、特別障害者になり、精神科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。
ロ 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。
ハ 戦傷病者手帳の交付を受けている人……このうち、障害の程度が恩給表第1号表ノ2の特別項症から第三項症までの障害者になります。
ニ 原子的核被爆者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。
ホ 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。
ヘ 精神科又は身体に障害のある年輪65歳以上の人（昭和36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、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。
- 【⑩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すれかとの同居を常況としてている人
- 【⑪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7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（⑫のひとり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又は④の扶養親族を有する人
ロ 夫と死亡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
- 【⑫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7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7年中の所得金額等を見積額が48万円以下の子）に限り、と有する人
- 【⑬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 自らの勤労に基いて得た事業所得、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7年中の所得の見積額が75万円以下（給与所得だけの場合は、給与の収入金額が130万円以下）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。

（源泉徴収票・勤労学生の証明書の提出書類・親戚関係書類・留學ビザ等書類・送金関係書類・送金関係書類・38万円送金書類の添付書類）

通 勤 届

(令和 年 月 日提出)

三 重 大 学 長 殿	所 属 名		
	職 名		
	所 在 地	津市江戸橋2丁目174番地	
職 員 番 号		氏 名	
住 所	〒		

国立大学法人三重大学通勤手当支給細則第3条の規定に基づき実情を届け出ます。

届出の理由(該当する□にレ印を付する。)

新 規 (異動等に伴う通勤経路又は方法の変更の場合)

住居の変更

通勤経路又は方法の変更

運賃等の負担額の変更

その他

(届出の理由が生じた日)

令和 年 月 日

順路	通勤方法の別	区 間	距 離	所要時間	乗車券等の種類	左欄の乗車券等の額	備 考
1		住居から(経由) まで	km	分		円	
2		から(経由) まで	km	分		円	
3		から(経由) まで	km	分		円	
4		から(経由) まで	km	分		円	
5		から(経由) まで	km	分		円	
		から(経由) まで	km	分		円	

他に利用できる交通機関等の名称及び利用区間等

総通勤距離 km
総所要時間 分

記入上の注意

- 「通勤方法の別」欄には、通勤の順路に従い徒歩、自動車、〇〇線等の別を記入する。
- 「乗車券等の種類」欄には、定期券、回数券、優待乗車券等の別を記入する。
- 「左欄の乗車券等の額」欄には、定期券の額、回数券の額等乗車券等に応ずる額を記入する。
- 「備考」欄には、定期券を持たない理由、回数券の片道及び月間の使用枚数等を記入する。
- 往路と帰路とが異なる場合は、「備考」欄にその旨と理由を記入する。
- 通勤の実情の一部に変更がある場合は、変更内容に関係のない事項の記入を省略することができる。

【国立大学法人三重大学職員給与規程第16条第3項又は4項の適用を受ける職員(新幹線鉄道等利用者)】

- 1 異動等に伴い、通勤が困難になったことにより新幹線鉄道等を利用することとなった職員
- 2 単身赴任手当を受給していた職員で、配偶者と同居し通勤が困難となったことにより新幹線鉄道等を利用することとなった職員

※現所属への異動発令年月日	令和 年 月 日	※異動等前の住居への入居年月日	令和 年 月 日		
※異動等の直前の住居		※現住居への入居年月日	令和 年 月 日		
新幹線鉄道等利用者の新幹線鉄道等を利用しない場合の通勤の経路及び方法等					
順路	通勤方法の別	区 間	距 離	所 要 時 間	備 考
1		住居から(経由) まで	km	分	
2		から(経由) まで	km	分	
3		から(経由) まで	km	分	
4		から(経由) まで	km	分	
5		から(経由) まで	km	分	
		から(経由) まで	km	分	
他に利用できる交通機関等の名称及び利用区間等		総通勤距離	km	総所要時間	分

記入上の注意

- ※欄は、□にレ印を付した職員のみ記入すること。
- 「通勤方法の別」欄には、通勤の順路に従い徒歩、自動車、〇〇線等の別を記入する。

決定事項 令和 年 月～

通勤経路の略図(経路朱線)

構内駐車承認申請書

三重大学大学院医学系研究科長、医学部長、附属病院長 殿

下記のとおり構内駐車承認の申請をします。なお、駐車にあたっては三重大学大学院医学系研究科・医学部・附属病院職員等駐車場使用要項を遵守いたします。

記

(フリガナ) 氏名	(自署)	(現在のICカード番号) No. _____	
所属 (詳細に)			
職種		通勤距離	片道 km
現住所			
自宅電話		職場の内線番号	
通勤方法	自動車	※総務課職員係確認 印	※学務課確認 印
申請車両	車名	(記入例：カローラ)	製造会社名
	登録番号	(記入例：三重55さ1234)	車体の色
提示書類	運転免許証	※ 駐車場整理事務所 確認 印	
期間	令和 年 月 から 令和 年 月 まで		
備考			

- (注)① 通勤距離が2km未満の方は承認されません。やむを得ない事情で自動車による通勤を必要とする場合は、様式3により所属責任者の確認を受け、申請して下さい。
- ② 附属病院教職員は総務課職員係、医学系研究科等教職員は総務課職員係、大学院生等は学務課の確認を受けて下さい。
- ③ 車両等の変更があった場合は、直ちに様式4の変更届を提出して下さい。
- ④ 駐車場の使用を必要としなくなった時は、速やかにICカードを駐車場整理事務所に返却して下さい。(カードが変色又は変形した場合、預り金は返納できません。)
- ⑤ 使用要項等に違反したり担当者の指示に従わないときは、承認を取り消すことがあります。
- 本院における器物損壊(ゲートバー等)については、それに係る経費を請求します。
- この申請書に係る個人情報、駐車場整理事務以外には使用しません。

住居届

(令和 年 月 日提出)

三重大学長 殿	所属名			職名	
	職員番号		氏名		

国立大学法人三重大学住居手当支給細則第6条の規定に基づき、居住の実情、住宅の所有関係等を届け出ます。

職員が居住する借家・借間	届出の事由(該当する口にレ印を付する。)				
	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 支給要件の喪失	<input type="checkbox"/> 3 転居(1又は2に該当する場合を除く)		
	<input type="checkbox"/> 4 契約関係の変更	<input type="checkbox"/> 5 家賃額の改定		(届出の理由が生じた日)	
	<input type="checkbox"/> 6 その他()			令和 年 月 日	
	契約開始日	令和 年 月 日 から	住居への入居日	令和 年 月 日	
	住宅の所在地	〒			
	住宅所有者	続柄()	住所		
住宅の貸主	続柄()	住所			
住宅の借主	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養親族	続柄()	共同名義人が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	{ 続柄 () ()	
家賃等	月額 円 (令和 年 月 日から)	左記家賃等には <input type="checkbox"/> 電気、ガス又は水道の料金が含まれている。(光熱費込みの下宿代) <input type="checkbox"/> 食費等が含まれている。(まかない付下宿代)			

配偶者等が居住する借家・借間	届出の事由(該当する口にレ印を付する。)				
	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 支給要件の喪失	<input type="checkbox"/> 3 転居(1又は2に該当する場合を除く)		
	<input type="checkbox"/> 4 契約関係の変更	<input type="checkbox"/> 5 家賃額の改定		(届出の理由が生じた日)	
	<input type="checkbox"/> 6 その他()			令和 年 月 日	
	契約開始日	令和 年 月 日 から	住居への入居日	令和 年 月 日	
	住宅の所在地				
	住宅所有者	続柄()	住所		
住宅の貸主	続柄()	住所			
住宅の借主	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 扶養親族	続柄()	共同名義人が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	{ 続柄 () ()	
家賃等	月額 円 (令和 年 月 日から)	左記家賃等には <input type="checkbox"/> 電気、ガス又は水道の料金が含まれている。(光熱費込みの下宿代) <input type="checkbox"/> 食費等が含まれている。(まかない付下宿代)			

記入上の注意

- 「家賃等」欄には、権利金、敷金、食費、電気代、ガス代、水道代、共益費若しくは店舗付住宅の店舗部分その他これに類するものに係る借料又は借り受けた住宅を他に転貸している場合の転貸部分に係る家賃等を含まない額を記入する。ただし、居住に関する支払額に電気、ガス若しくは水道の料金が含まれている場合(例:光熱費込みの下宿代)又は居住に関する支払額に食費等が含まれている場合(例:まかない付下宿代)で家賃に相当する額の算出が困難なときは、光熱費、食費等を含めた額(光熱費込みの下宿代又はまかない付下宿代)を記入して差し支えない。なお、この場合には該当するものにレ印を付するものとする。
- 家賃額の改定等居住の実情の一部に変更がある場合は、変更内容に関係のない事項の記入を省略することができる。
- 「配偶者等が居住する借家・借間」欄は、単身赴任手当を支給される職員が届け出る場合のみ記入する。

備考

決定事項 令和 年 月～

令和 年 月 日

所 属	
職 名	
氏 名	
職員番号	

※職員番号が変更になった場合はその旨、余白にご記入ください。

患者 ID 回答票

三重大学医学部附属病院の患者 ID の所有状況について、次のあてはまる箇所にチェックをしてください。

なお、患者 ID を所有していない方及び所有の有無が分からない方は、お手数ですが下記の氏名・生年月日・住所・電話番号の記入をお願いいたします。

患者 ID を持っている

ID

--	--	--	--	--	--	--

※診察券の「登録番号」をご記入ください。

患者 ID を持っていない →下記、必要事項をご記入ください。

分からない →下記、必要事項をご記入ください。

記

カ ナ	_____					
氏 名	_____					(旧姓： _____)
生年月日	昭和・平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 所	〒 _____					
電話番号	☎ (_____)					

※ご提供いただいた個人情報は、患者 ID 発行以外の利用目的には一切使用しません。

【提出先】

医学・病院管理部総務課職員係

内線：4437・5708

提出期限：採用日から 15 日以内

職員係長	担当者

被ばく積算線量報告書

氏名： _____

カナ氏名： _____

生年月日： _____

性別： _____

●以前の事業所(所属していた病院や施設)の個人被ばく線量計(バッジ)について

外部委託業者：①長瀬ランダウア ②千代田テクノル ③その他

事業所(施設)名： _____

①長瀬ランダウアの場合

追加で提出する書類等はありません。

②千代田テクノルの場合

「個人線量算定値管理票」の写しを提出してください。「個人線量測定値管理票」と間違わないように注意してください。管理票が無い場合は、③その他の場合に進んでください。

③その他の場合

以下の表を埋めてご提出してください。

2001年4月以降の積算線量および最小検出限界未満の回数

最終年度線量 (4月1日を始期とする1年間)					実効線量	水晶体等価線量	累計	累計開始日
実効線量	水晶体	皮膚	腹部(女子)	着用終了日	5年累計	5年累計		
mSv	mSv	mSv	mSv	年	mSv	mSv	mSv	年
回	回	回	回	月 日	回	回	回	月 日

ブロック5年線量	年度	年度	年度	年度	年度	計
実効線量	mSv	mSv	mSv	mSv	mSv	mSv
	回	回	回	回	回	回
水晶体等価線量	mSv	mSv	mSv	mSv	mSv	mSv
	回	回	回	回	回	回

施設名 _____

申請日： 年 月 日

医療情報システム利用申請書

三重大学医学部附属病院
医療情報管理部長 殿

申請者	
連絡先	
所属	
所属長氏名	(印)

以下の通り申請します。

※新規登録の場合、誓約書を併せてご提出
ください。

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規登録 <input type="checkbox"/> 登録内容変更 <input type="checkbox"/> 利用停止	
シメイ（カナ）			
利用者氏名	(旧姓)	個人番号 (ログインID)	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日（西暦）	年 月 日
使用開始日	年 月 日	使用終了日	年 月 日
職種		※リハビリオーダーを出す医師（整形外科以外）の場合は、「1011：リハビリ医師」を選択して下さい。	
診療科		※主診療科以外に担当する診療科がある場合は、「担当診療科」を選択して下さい。	
担当診療科			
病棟		※病棟勤務・担当の場合は必須	
所属部門	※看護師・コ・メディカル配置のためのものです（医師は診療科が優先されます）		
担当部門	※所属以外に担当部門がある場合選択して下さい		
外来診察の予約枠	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	※「要」の場合は「予約枠申請書」を併せてご提出ください	
本院のシステム利用経験	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

※退職・長期休暇(産休、育休含む)等の休職・他院への出向等を行う場合には、所属長の判断で利用停止する場合があります。

※以下、医療情報管理係記入

パスワード							
システムID							

登録日： 年 月 日

<input type="checkbox"/> 誓約書（新規登録のみ）	確認	登録	

1000：医師（医員、院生を含む）	1012：精神保健指定医	1011：リハビリ医師	1010：歯科医師
1002：研修医（前期のみ）	1007：歯科研修医		
1003：研究生	1005：医学科学生	1008：歯学部学生	
2000：看護師	2003：看護師（外来）	2010：助産師	2050：感染制御部看護職員
2001：准看護師	2004：准看護師（外来）	2060：総合サポートセンタ看護職員	2070：医療安全看護職員
2002：看護助手	2007：看護助手（外来）	2200：特定行為研修生	
2006：看護学教員・院生	2014：看護学科学生		
3000：薬剤師	3003：医療安全薬剤師	3001：研修薬剤師	3002：薬学部学生
3023：管理栄養士	3022：給食会社職員		
3030：診療放射線技師	3040：臨床検査技師		
3060：理学療法士	3070：作業療法士	3100：言語聴覚士	3080：視能訓練士
3090：臨床工学技士	3010：歯科衛生士	3012：歯科技工士	
3115：社会福祉士	3120：精神保健福祉士	3124：公認心理師	3125：臨床心理士
3903：鍼灸師	3210：胚培養士	3901：義肢装具士	3910：救急救命士
2100：移植コーディネーター	3160：治験コーディネーター	3161：治験コーディネーター(薬剤師)	3163：CRC（委託）
3170：データマネージャ			
3200：保育士	3180：チャイルドライフスペシャリスト	3110：保健師	
4051：医事係	4060：診療管理係		
4065：診療案内係	4055：医療安全対策係	4085：診療支援係	4105：がんセンター事務職員
4070：医療福祉係	4075：収入係		
4090：総合サポートセンタ事務職員	4103：医療通訳	4100：病棟クレーク	4014：外来クレーク
4101：手術部事務職員	4102：地域連携事務職員	4120：医師事務作業補助者	4121：医師事務補助（秘書）
4017：医療事務外来担当	4016：医療事務病棟担当	4018：医療事務DPC担当	4110：スキャナセンター・カルテ庫職員
4104：債権担当弁護士	4013：事務当直職員	4020：守衛	4021：危機管理担当
4111：総務課	4106：経営管理課	4116：病院経営企画係	4107：物流会社職員
3150：医学部技術職員	4108：秘書・事務補佐員	4114：薬剤部事務補佐員	
5030：院外閲覧者	5031：基礎系研究者	5050：病院外職員	
5010：治験依頼者	5101：電子カルテシステム業者	5102：システム業者	5103：ネットワーク業者
0000：システム管理者	0100：医療情報管理部NW部門	4110：ヘルプデスク	

診療科コード

23：総合診療科	31：循環器内科	35：血液内科	32：消化器・肝臓内科	
04：脳神経内科	33：呼吸器内科	36：腫瘍内科	34：腎臓内科	37：糖尿病・内分泌内科
39：感染症内科				
51：一般外科	52：消化管外科	53：肝胆膵・移植外科	61：心臓血管外科	62：呼吸器外科
54：乳腺外科	55：小児外科			
09：整形外科	10：産科婦人科	15：小児科	18：精神科神経科	17：皮膚科
14：腎泌尿器外科	13：眼科	16：耳鼻咽喉・頭頸部外科		22：脳神経外科
56：形成外科	74：放射線科	41：病理診断科	42：ゲノム診療科	
21：麻酔科	38：緩和ケア科	91：救急科	20：歯科口腔外科	11：リハビリテーション科
96：高度生殖医療センター		97：リウマチ・膠原病センター		98：漢方医学センター

病棟コード

S05：5南	N05：5北	S06：6南	N06：6北	S07：7南母性	M07：7南新生児	N07：7北
S08：8南	N08：8北	S09：9南	N09：9北	S10：10南	N10：10北	S11：11南
N11：11北						
I02：総合集中治療センター						

所属・担当部門

※看護師・コ・メディカル配置のためのものです（医師は診療科が優先されます）。

総合診療部	ゲノム医療部	救命救急・総合集中治療センター	周産母子センター	乳腺センター
血管ハートセンター	看護部	薬剤部	手術部	
放射線部	材料部	輸血・細胞治療部	病理部	光学医療診療部
血液浄化療法部	リハビリテーション部	栄養診療部	外来化学療法部	肝炎相談支援センター
臓器移植センター	口腔ケアセンター	小児・AYAがんトータルケアセンター	認知症センター	緩和ケアセンター
痛みセンター	医療情報管理部	医療情報管理部ネットワーク部門	臨床研修・キャリア支援部	
医療安全管理部	感染制御部	臨床研究開発センター	A iセンター	広報センター
CCUネットワーク支援センター	総合サポートセンター	疫学センター	災害対策推進・教育センター	災害医療センター
国際医療支援センター		チーム医療推進センター	バイオバンクセンター	
放射線治療科外来	麻酔・緩和ケア科	母乳外来	リンパ浮腫外来	助産外来
産婦人科・高度生殖医療センター		眼科外来	耳鼻咽喉・頭頸部外科外来	脳神経外科・神経内科
両親学級	小児科外来	外科系外来	緩和ケア看護外来	
内科系外来	腎泌尿器外科外来	歯科口腔外科外来	皮膚科外来	精神科神経科外来
1階会計窓口	2階会計窓口	3階会計窓口	4階会計窓口	皮膚排泄ケア外来

