

◇給与の書類について◇

給与の書類についてお知らせさせていただきます。
記入される前に目を通していただきますようお願いします。

管理課給与係（内線2003・2004）

提出書類

1. 通勤届
2. 駐車場 IC カード申請書
3. 給与口座申出書
4. 給与所得者の扶養控除等申告書
5. 職員住所録
6. 情報システム利用誓約書、申請書
7. マイナンバー提出書類
8. 健康診断書

2の書類は条件に該当している方のみ提出して下さい。

◎注意事項

- ・各届において必要書類が重なる場合、提出は1組だけで結構です。
- ・事実発生日（支給条件を満たしたとき）より15日経過後に届を提出された場合、届を受理した月の翌月からの支給となり、支給開始月が遅れ、1ヶ月分もらえなくなってしまうのでご注意ください。
- ・現在、支給条件に当てはまらない場合届出は不要です。
今後、支給条件を満たした際はすみやかに届出をお願いします。
- ・書類の記入等何か不明な点がございましたら、給与係までご連絡下さい。

1. 通勤届

- ・支給条件 徒歩により通勤するものとした場合の通勤距離が片道2 km以上かつ、自動車自転車等の交通用具、あるいは電車等の公共交通機関を利用して通勤している。
- ・手当額 交通用具：距離に応じて日額支給
公共交通機関：利用負担額に応じて日額支給
- ・必要書類 ①住民票（個人番号の記載がないもの）
②定期券又はバスカード等（公共交通機関を利用する方のみ）

※支給の有無に関わらず提出が必要です。（宿舎に入居される方も同様です）

2. 駐車場 IC カード申請書

- ・車で通勤される方は申請して下さい。
- ・駐車場代として、毎月の給与から2,200円を控除します。

3. 給与口座申出書

- ・必ず職員本人の名義の口座を申請して下さい。
- ・振込先は銀行、ゆうちょ銀行のどちらか一方を記入して下さい。

4. 給与所得者の扶養控除等申告書

- ・毎月の給与の所得税の計算、年末調整の根拠となる書類です。
- ・右上に本人の氏名、住所等を記入して下さい。扶養されている配偶者、扶養親族がいる方は該当する欄に記入して下さい。

***個人番号の記載はしないでください。**

5. 職員住所録

- ・緊急連絡先に使用しますので記入して下さい。
- ・地図の記載はグーグルマップ等での印刷・貼付にご協力下さい。
- ・宿舎、寮に入居されている方は、帰省先付近の地図を貼り付けて下さい。

6. 情報システム利用誓約書、申請書

- ・ 個人情報を外部に漏洩させないという誓約書になりますので、注意事項をよく読んでいただき、必要事項を記入して下さい。

7. マイナンバー提出書類

- ・ いずれかの書類を管理課へ提出して下さい。
 - ① 「通知カード」又は「個人番号通知書」のコピー＋「職員本人の身元確認書類」
 - ② 「個人番号カード」の両面コピー
- ・ 詳しくは別紙書類をご確認ください。

8. 健康診断書

- ・ 健康診断ができる医療機関を受診していただき、記入を依頼して下さい。
***受診時に必ず支払証明書（領収書）をもらい、合わせて提出をお願いします。**

医師賠償責任保険・看護職賠償責任保険

- ・ 該当者の方で加入の希望等ありましたら案内をお渡しいたしますのでお知らせください。

以上

記入例

通 勤 届

令和 年 月 日 提出

所 属 長	独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター 岩国医療センター 院舎		〒747-0292 岩国市愛宕町1丁目1番1号		
職 名	看護師	氏 名	岩国 太郎		
住 居	山口県岩国市〇〇〇				
独立行政法人国立病院機構職員給与規程第33条の規定に基づき通勤の実情を届け出ます。(証明書類 通添付)					
届出の理由 (該当する□にレ印を付する。)					
<input type="checkbox"/> 1 新規 (<input type="checkbox"/> 異動等に伴う通勤経路又は方法の変更の場合)		<input type="checkbox"/> 2 住居の変更			
<input type="checkbox"/> 3 通勤		<input type="checkbox"/> 4 運賃等の負担額の変更			
<input type="checkbox"/> 5 その他		新規で認定する場合 … 1へ☑ 住居変更の場合 … 2に☑			
届出の理由が生じた日 令和 年 月 日					
通 勤 経 路	車の場合 (自転車・バイク含む)	区 間	距 離	所 要 時 間	乗 車 券 等 類 左 欄 の 乗 車 券 等 の 額
	自動車	住居 から (経由) 岩国医療センターまで	3 0 km	10 分	円
		から (経由) まで	km	分	円
		から (経由)			円
備 考	総 通 勤 距 離 3 . 0 km 総 所 要 時 間 10 分			おおよその距離・所要時間を記入して下さい。	
記入上の注意					
※必要書類※ ・住民票(個人番号の記載が無いもの)					
<input type="checkbox"/> 〇新幹線の別を記入する。 <input type="checkbox"/> 〇乗車券等の別を記入する。 <input type="checkbox"/> 〇運賃等の別を記入する。					
<input type="checkbox"/> 住民票(写) <input type="checkbox"/> 定期券等(写) (交通機関等を利用する場合) <input type="checkbox"/> 通勤経路の略図(自動車等を利用する場合)					

公共交通機関の場合		届出の理由			使用する乗車券の種類及び金額を入力してください。	
の 別	区 間	距 離	所 要 時 間	乗 車 券 等 類	左 欄 の 乗 車 券 等 の 額	
徒歩	住居 から (経由) 〇〇 (最寄りのバス停) まで	0 5 km	5 分		円	
バス	〇〇 (最寄りのバス停) から (経由) 岩国医療センター まで	5 0 km	15 分	ICカード	200 円	
	から (経由) まで	km	分		円	
備 考	総 通 勤 距 離 5 . 5 km 総 所 要 時 間 15 分			おおよその距離・所要時間をご記入下さい。		
記入上の注意						
※必要書類※ ・住民票(個人番号の記載が無いもの) ・バス/電車のICカード・定期券等のコピー						
<input type="checkbox"/> 〇新幹線の別を記入する。 <input type="checkbox"/> 〇乗車券等の別を記入する。 <input type="checkbox"/> 〇運賃等の別を記入する。						
<input type="checkbox"/> 住民票(写) <input type="checkbox"/> 定期券等(写) (交通機関等を利用する場合) <input type="checkbox"/> 通勤経路の略図(自動車等を利用する場合)						

決 裁 欄				
事務部長	管理課長	庶務班長	係長	給与係

通 勤 届

令和 年 月 日提出

所 属 長 独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター 院長 殿		所 属 名 独立行政法人国立病院機構 岩国医療センター			
		所 在 地 山口県岩国市愛宕町1丁目1番1号			
職 名		氏 名			
住 居					
独立行政法人国立病院機構職員給与規程第33条の規定に基づき通勤の実情を届け出ます。(証明書類 通添付)					
届出の理由(該当する□にレ印を付する。)					
<input type="checkbox"/> 1 新規 (<input type="checkbox"/> 異動等に伴う通勤経路又は方法の変更の場合)		<input type="checkbox"/> 2 住居の変更			
<input type="checkbox"/> 3 通勤経路又は方法の変更		<input type="checkbox"/> 4 運賃等の負担額の変更			
<input type="checkbox"/> 5 その他 ()					
届出の理由が生じた日 令和 年 月 日					
通 勤 方 法 別	区 間	距 離	所 要 時 間	乗 車 券 等 類	左 欄 の 乗 車 券 等 の 額
	住居 から (経由) まで	km	分		円
	から (経由) まで	km	分		円
	から (経由) まで	km	分		円
	から (経由) まで	km	分		円
	から (経由) まで	km	分		円
備 考				総 通 勤 距 離	km
				総 所 要 時 間	分
記入上の注意					
1 「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、〇〇新幹線等の別を記入する。					
2 「乗車券等の種類」欄には、定期券(6箇月)、10枚綴回数券、優待乗車券等の別を記入する。					
3 「左欄の乗車券等の額」欄には、定期券(6箇月)の価額、10枚綴回数券の額等乗車券等に応ずる額を記入する。					
4 往路と復路が異なる場合は、「備考」欄にその旨と理由を記入する。					
【証明書類の例】					
<input type="checkbox"/> 住民票(写) <input type="checkbox"/> 定期券等(写)(交通機関等を利用する場合) <input type="checkbox"/> 通勤経路の略図(自動車等を利用する場合)					

職員給与規程第32条第2項又は第3項の規定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 事 業 場 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経路及び方法等			
通 勤 方 法 別	区 間	距 離	所 要 時 間
	住居 から (経由) まで	km	分
	から (経由) まで	km	分
	から (経由) まで	km	分
	から (経由) まで	km	分
備 考	総 通 勤 距 離		km
	総 所 要 時 間		分
記入上の注意			
1 ※欄は、□1にレ印を付した職員のみ記入すること。			

職員用

駐車場ICカード申請書

年 月 日

岩国医療センター院長 様

駐車場を下記により使用したいのでICカードの発行を申請します。

1. 申請者氏名 _____

2. 住 所 _____

3. 職場名 _____

4. 駐車場を使用する理由（いずれか該当するものに○をして下さい。）

・通 勤 ・その他（ ）

5. 許可を受けようとする車種

メーカー	車 種	車両番号 (ナンバープレート)	色

(記載例) スズキ ワゴンR 山口580 あ 1234 白

6. 使用開始日 年 月 日

【注 意】 ○職員駐車場A・Bの使用料として毎月2,200円給与から控除いたします。
○長期間使用しない場合は**駐車場使用中止届**を提出して下さい

----- 管理課使用欄 -----

(受付印)

個人コード	カード番号

職員駐車場の利用方法について

職員駐車場については配置図のとおり、通勤者用の職員駐車場 2 カ所と職員
宿舎入居者用駐車場 1 カ所になります。各駐車場には入場ゲートが設置され
ており、ゲートを通すためには名札と兼用の IC カードへの登録が必要と
なります。なお、職員宿舎の駐車場へ通勤職員が立ち入ることはできません。
各駐車場の利用方法は下記のとおりですので適切な利用を心掛けてください。

記

【職員駐車場 A 約 130 台】（看護学校と職員宿舎の間）

- ①通勤する医師
 - ②夜勤時の看護師
 - ③院内保育所に園児を預けている職員 ※①②③の職員の専用駐車場とします。
- ・ ゲートを通すために名札兼用の IC カードが必要です。IC カードをゲートの機械にかざすとゲートが開きます。ゲートをくぐった後、退出する時は IC カードをかざす必要はありません。

【職員駐車場 B 約 493 台】（病院から市道を挟んだ北側）

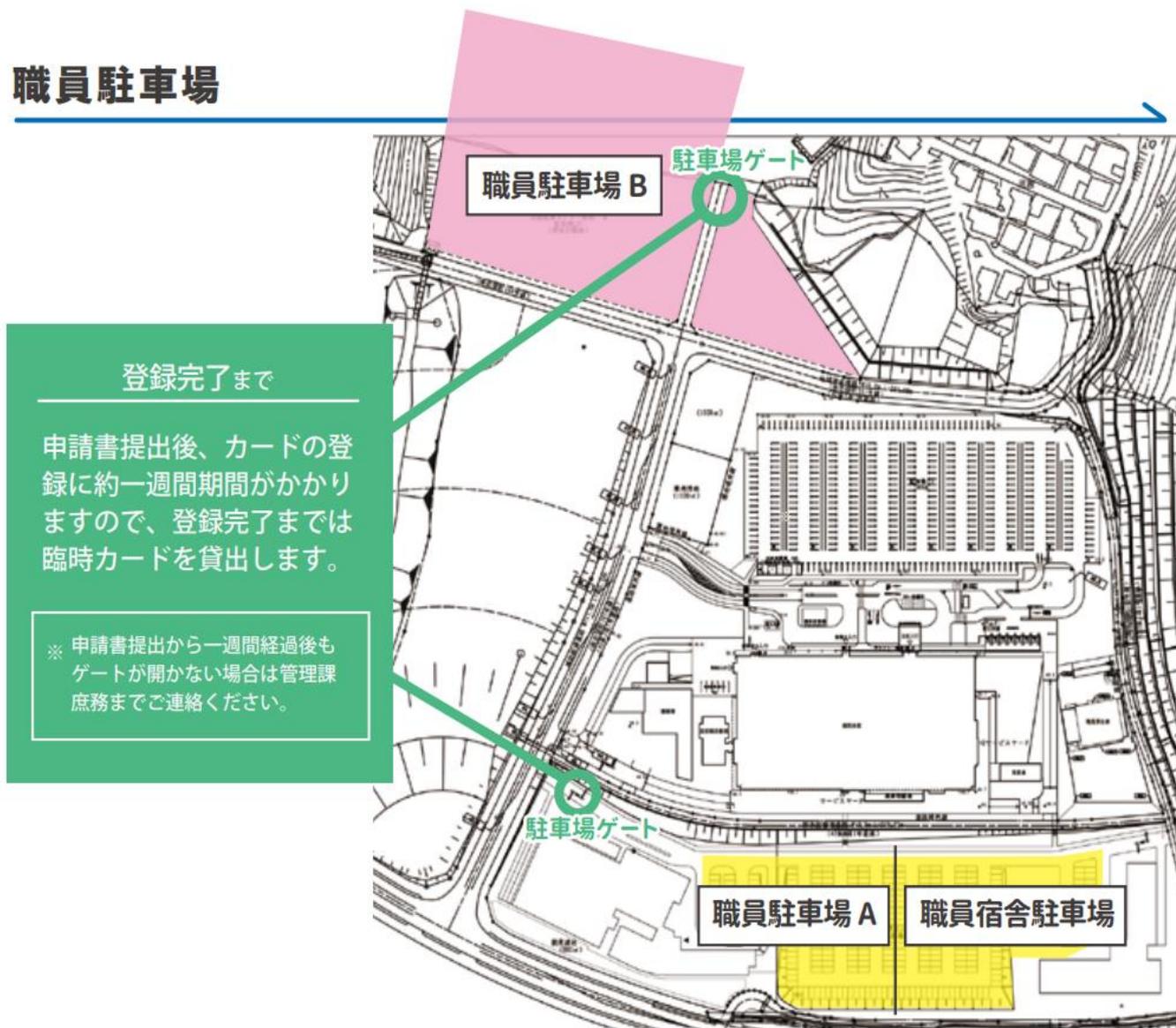
- ・ 自家用車通勤を許可した職員はすべて入出庫可能です。
- ・ ゲートを通す方法は駐車場 A と同様です。

【職員宿舎入居者用駐車場 178 台】

- ・ 職員宿舎（世帯用・単身用・看護師宿舎）に入居する職員のみ入出庫可能です。

※業務委託・テナント職員が利用できる駐車場は、職員駐車場 B となります。

職員駐車場



登録完了まで

申請書提出後、カードの登録に約一週間期間がかかりますので、登録完了までは臨時カードを貸出します。

※ 申請書提出から一週間経過後もゲートが開かない場合は管理課庶務までご連絡ください。

ICカードについて（職員用）

- ① 入場時にICカードが必要ですので、退勤時に持ち帰ってください。
- ② 職員駐車場を使用される場合、駐車場ICカード申請書を提出してください。名札と兼用のICカードに駐車場の登録をします。
(申請書提出後、約一週間で登録が完了します。ゲートが開かない場合はご連絡ください。)
- ③ 駐車場を利用される方は、使用料として毎月2,200円給与から控除いたします。
- ④ カードを紛失した場合は、直ちに管理課庶務までご連絡ください。カード再発行料として2,000円を徴収いたします。
- ⑤ 退職・転出・育休等で当院でカードを使用する必要がない場合は速やかにカードを返却してください。(返却がない場合には、使用料を徴収します。)
- ⑥ 駐車場を使用しない場合は、駐車場使用中止届を提出してください。駐車場使用中止届を提出されない場合は使用料を徴収します。駐車場の使用を開始する場合は駐車場ICカード申請書を改めて提出してください。
- ⑦ 駐車時には、枠内へ正しく駐車し他に迷惑となる駐車はしないでください。
- ⑧ お車を変更される場合は、車両変更届を提出してください。
- ⑨ ICカードは折り曲げたり、衝撃を与えると使用できなくなることがあります。
※カードケースにものを入れすぎるとカードが曲がり使用できなくなることがあります。

平成27年6月3日

自動車・バイク等で通勤をされる職員の方へ

管理課長

百合ヶ丘団地内の通り抜け禁止について

件名につき平成27年6月に百合ヶ丘自治会長外から申し入れがありましたので、下図のとおり岩国商業高校前の交差点を經由して通勤されるようお願いします。

(図)



近隣住民と良好な関係を保つため、当該団地内を通り抜けした自動車等の車番を記録し、当院職員と判明した場合に当該職員の駐車場使用許可を取り消しする場合がありますので留意ください。

【別紙① 記入例】

給与の口座振込申出書

記入例

(各庁の長)
 独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター 院長 殿

フリガナ 氏名	イワクニ ハナコ 岩国 花子
住所	〒000-0000 岩国市000 Δ丁目Δ番地Δ号 XXXマゾンE 〇号室 (電話0827-000-0000)

振込先	銀行	銀行	支店
	支店番号	預金の種類	普通:当座
口座名義	口座番号	摘要	
	岩国 花子		

- (注) 1.振込先欄には銀行、もしくは郵便局どちらかに記入ください。
 2.預金・貯金の種類欄には、該当する事項を○で囲んでください。
 3.ゆうちょ銀行の場合は必ず店番3桁、口座番号7桁で記入下さい。右図を参照
 (記号5桁、番号8桁の方は記入しないでください。)

ゆうちょ銀行を利用される方へ 記載上の注意

心号 番号
 180×3 〇×801■22
 おなまえ イワクニ ハナコ 様

おとこみ 利用番号 740-X×X×〇
 山口県岩国市〇〇〇 Δ丁目Δ番

株式会社 ゆうちょ銀行
 (金融機関コード: 00000)
 〒480-0000 中央區(岩国)岩国支店 3 〇
 電話: 0827-000111 0827-000112

印鑑登録簿

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は
 次の内容をご指定ください
 【店名】Δ×八(読み Δ×ハチ)
 【店番】Δ×八【預金種目】普通預金【口座番号】〇×801■22

通帳1面を開いた
 こちら側を記載する。

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は
 次の内容をご指定ください
 【店名】Δ×八(読み Δ×ハチ)
 【店番】Δ×八【預金種目】普通預金【口座番号】〇×801■22

口座振込申出書

独立行政法人 国立病院機構 岩国医療センター 院長 殿									
フリガナ									
氏名									
住所	〒 —								
	(電話 — —)								
振込先	銀行	銀行				支店			
		支店番号					預金の種類	普通	当座
		口座番号							
口座名義					摘要				

職員 各位

ご提出いただく書類

- ① 口座振込申出書(この用紙) ② 通帳のコピー

*** 注意点**

- 口座は、名義が本人であること
- 通帳のコピーは、(1)表紙と、(2)1ページ目(口座番号や名義が確認できるページ)を提出下さい。
- ゆうちょ銀行の場合は必ず店番3桁、口座番号7桁で記入下さい。

(記号5桁、番号8桁の方は記入しないでください。)

職 員 住 所 録

職名		ふりがな			
		氏名			
職場		生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日生

現住所	〒				
-----	---	--	--	--	--

連絡先	TEL () -				
-----	-----------	--	--	--	--

家族等 の	〒				
----------	---	--	--	--	--

連絡先	TEL () -				
-----	-----------	--	--	--	--

現住所略図(官舎居住者は帰省先略図) ※印刷した地図を貼り付けても可

※ 住所を変更した際には、1週間以内に給与係まで届け出てください。

情報システム利用申請書

申請日 令和 年 月 日

医療情報システム運用責任者
 国立病院機構 岩国医療センター院長 殿

下記のとおり岩国医療センター情報システムの使用を申請します。

記

フリガナ		性 別
申請者氏名		男 ・ 女
生年月日	昭和・平成 年 月 日	
職 種	①医師 ②助産師、看護師、准看護師 ③薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士、栄養士 ④理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 ⑤臨床工学士、歯科衛生士、視能訓練士 ⑥診療情報管理士 ⑦医事課職員 ⑧研修医 ⑨その他 ()	
診療科等名		
使用開始日	令和 年 月 日	※使用開始日は、当院への採用日 又は上記の職種に就いた日を 正確に記入すること。
以前当院に勤務の有無	有 (年 月頃) ・ 無	
連絡先番号	内線・院内 PHS ()	

別紙様式 4 ----- (以下医療情報部にて記載。) -----

国立病院機構 岩国医療センター情報システムの利用を許可します。

利用者氏名： ()

利用者 ID： ()

登録許可日： 令和 年 月 日

別紙様式2（第17条第3項関係）

医療情報システム利用誓約書

情報システムの利用にあたっては、「国立病院機構岩国医療センター情報システム運用管理規程」を遵守することを誓います。

なお、使用許可期間が過ぎた場合においても、職務上知り得た個人情報の開示、漏洩及び使用をしないことを約束いたします。

また、個人情報漏洩を行い又は加担した場合は、関連法規に則り刑事告発又は国立病院機構等の規定による処分を受ける場合があることを了解いたします。

令和 年 月 日

医療情報システム管理責任者

国立病院機構岩国医療センター院長 殿

利用者所属

利用者氏名

情報システムの利用にあたって、利用者は次の責務を負う。

- (1) 情報システムの利用にあたっては、情報システム利用申請書(別紙 様式 1)及び利用誓約書(別紙様式 2)をシステム管理責任者に提出し、ID及びパスワードを取得する。
- (2) 利用者認証に関しては、次の事項を遵守しなければならない。
 - ① 利用者は、情報システムの参照や入力(以下「アクセス」という。)に際して、利用者認証に関する情報(以下「ID及びパスワード」という。)により、システムに利用者自身を認証させること。
 - ② 利用者は、ID及びパスワードを他人に教えてはならない。また、他人が容易に知ることができする方法でID及びパスワードを管理してはならない。
 - ③ 自分のID及びパスワードを他の者に教えることにより、システムの利用権限を他人に貸与してはならない。
 - ④ パスワードは定期的に変更し、古いパスワードの再利用はしないこと。なお、情報システムでは、パスワードの有効期限を90日としているので、それまでにパスワードを変更すること。
 - ⑤ 利用者が正当なID及びパスワードの管理を行わないために生じた事故や障害に対しては、その利用者が責任を負う。
 - ⑥ 情報システムへの情報入力に際して、確定操作(入力情報が正しいことを確認する操作)を行って、入力情報に対する責任を明示すること。
 - ⑦ 利用者は、作業終了あるいは離席する際は、必ずログアウト操作を行わなければならない。
- (3) 与えられたアクセス権限を越えた操作を行わないこと。
- (4) 参照した情報を目的外に使用しないこと。
- (5) 患者のプライバシーを侵害しないこと。
- (6) 職員が自己の業務の便益のために保有する正式文書と重複する当該文書の写しや原情報を加工して個人的に整理した資料等(以下「職員の個人的管理資料」という。)の作成は極力避けること。
なお、やむを得ず作成する場合は、匿名化など個人情報の保護に配慮した形で整理すること。
- (7) 個人情報の取り扱いにあたっては、常に、その漏えい、滅失、き損等の防止について留意しなければならない。
- (8) 取り扱う個人情報は、事務の目的に必要な範囲内で、正確で最新な情報であることとし、保有する必要のなくなった個人情報は、確実かつ速やかに廃棄し、又は消去しなければならない。
- (9) 病院情報システムの接続機器にハードウェア、ソフトウェア等を追加してはならない。
- (10) 個人情報(職員の個人的管理資料も含む)を記録した接続機器及び記録媒体(フロッピーディスク、MO、ハードディスク、USB記録装置、CD-R、CD-RW、DVD等端末装置に接続してデータを記録するものをいう。以下同じ。)並びに個人情報を印刷した紙媒体を院外へ持ち出してはならない。
ただし、診療の必要に応じて、患者及び患者家族、あるいは本人の承諾を得て第三者に提供する情報はこの限りではない。
- (11) 情報システムの動作の異常及び安全性の問題点を発見したときは、直ちに医療情報管理室に連絡し、その指示に従うこと。
- (12) 情報システムへの不正アクセスを発見したときは、直ちに医療情報管理室に連絡し、その指示に従うこと。
- (13) 利用者は、情報システムの利用状況に変更があった場合には、運用責任者に速やかに報告しなければならない。
- (14) 利用者は、情報システムの利用資格を失った場合及び利用しなくなった場合には、運用責任者に速やかに報告するとともに、国立病院機構岩国医療センターの患者等に関する個人情報の取り扱いについて(別紙様式3)をシステム管理責任者に提出しなければならない。
- (15) 利用者は、運用責任者が実施する運用指針及び安全性についての研修を受けなければならない。また、運用責任者からの運用及び安全性に関する通知を理解し、遵守しなければならない。

<職員用>

職員 各位

岩国医療センター 保護管理者

マイナンバーの提出に関するお知らせ

標記について、次のとおりお知らせしますので、**管理課**まで提出書類をご持参下さい。

1. 利用目的 別紙参照
2. 対象者 全職員(常勤・期間職員・非常勤)並びに扶養親族
3. 受付期間 採用または転入後1週間以内に管理課へ持参下さい。

[受付時間] 8時30分～12時00分
13時00分～17時15分

4. 提出書類 (詳細については別紙参照)

対象者分について、次のどちらかを提出して下さい。

- ① 「通知カード」又は「個人番号通知書」のコピー
+ 「職員本人の身元確認書類 (運転免許証又はパスポート)」の提示
- ② 「個人番号カード」の両面コピー

別紙

○マイナンバーの利用目的について

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（番号法）が施行されたことにより、平成28年1月以降、各事業者は、職員やその扶養親族のマイナンバー（番号法に定める個人番号をいいます。）を給与所得の源泉徴収票などに記載し、行政機関等に提出する必要があります。

国立病院機構は、職員及び職員の扶養親族のマイナンバーを以下の目的で利用します。

- ① 給与所得・退職所得の源泉徴収票作成事務
- ② 雇用保険届出事務
- ③ 健康保険・厚生年金保険届出事務
- ④ 国民年金の第3号被保険者の届出に関する事務
- ⑤ ①～④に準じる社会保障、税、災害対策関係の届出、請求等に関する事務

○マイナンバーの提出書類について

いずれかの書類を管理課へ提出してください。

- ① 「通知カード※1」又は「個人番号通知書※2」のコピー＋「職員本人の身元確認書類※3」

※1 平成27年10月以降、住民票を有するすべての者に送付されています。

※2 令和2年5月25日以降の出生者からは通知カードが廃止され、通知書のみを送付になっています。

※3 「運転免許証」、「パスポート」等の顔写真付き公的証明書。

なお、扶養親族の身元確認は、職員が行うこととされておりますので、扶養親族分の身元確認書類は不要です。

- ② 「個人番号カード※4」の両面コピー

※4 平成28年1月以降、通知カードと引き換えに、希望者のみに交付されます。表面に顔写真の記載があり、裏面に個人番号の記載があります。

※ 提出書類については、上記目的終了後、保有する必要のなくなった後に速やかに廃棄します。

※ 不明な点がある場合は、管理課までお問い合わせください。

<職員扶養親族用>

職員のご家族の方へ

独立行政法人国立病院機構

岩国医療センター 保護管理者

マイナンバーの利用目的に関するお知らせ

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（番号法）が施行されたことにより、平成28年1月以降、各事業者は、職員やその扶養親族のマイナンバー（番号法に定める個人番号をいいます。）を給与所得の源泉徴収票などに記載し、行政機関等に提出する必要があります。

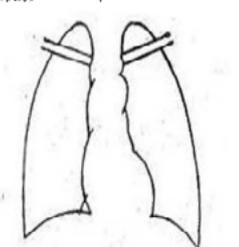
国立病院機構における職員の扶養親族のマイナンバーについては、下記の目的で利用いたしますので、その旨お知らせいたします。

記

【利用目的】

- ① 給与所得の源泉徴収票作成事務
- ② 国民年金の第3号被保険者の届出に関する事務
- ③ ①、②に準じる社会保障、税、災害対策関係の届出、請求等に関する事務

健康診断個人票

ふりがな 氏名		生年月日	昭和 年 月 日	健診年月日	令和 年 月 日		
		性別	平成 男 ・ 女	年齢	歳		
住所	〒 () TEL () -						
業務歴		血 圧 (mmHg)		～			
		貧血検査	血 色 素 量 (g/dl)				
既往歴		肝機能検査	G O T (IU/l)				
			G P T (IU/l)				
			γ - G T P (IU/l)				
自覚症状		血中脂質	LDLコレステロール (mg/dl)				
			HDLコレステロール (mg/dl)				
			トリグリセライド (mg/dl)				
他覚症状		血 糖 検 査 (mg/dl)					
		尿検査	糖		- + 2+ 3+		
身長(cm) 体重(kg)			蛋 白		- 2+ 3+		
		心 電 図 検 査			異常 あり・なし		
B M I							
視力	右	医 師 の 意 見					
	左						
聴力	右1000Hz					1 所見なし	2 所見あり
	4000Hz					1 所見なし	2 所見あり
	左1000Hz					1 所見なし	2 所見あり
	4000Hz					1 所見なし	2 所見あり
胸部エックス線検査	直 接 撮影 年 月 日		医 師 の 診 断				
							
		異常 あり・なし		健康診断を実施した医療機関 及び 医師の氏名 印			
備考							

印

