

新規採用予定者 各位

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
理事長 遠山 正彌

マイナンバー(個人番号)の提出及び利用目的の通知について

平成27年10月からマイナンバー制度が始まりました。

これに伴い、事業主が平成28年1月以降、税や社会保障の手続きで従業員や家族のマイナンバーを記載する必要があります。

本機構においても税や社会保障の手続きで貴方及び貴方の家族のマイナンバーを記載することが必要となりますので、マイナンバーを提出してください。

なお、提出されたマイナンバーは、安全管理措置を設けたマイナンバー管理システムで厳正に管理し、下記に記載する事項のみに使用します。また、回収した「マイナンバー申告書」は、マイナンバー管理システムに登録が済み次第、プライバシーに配慮し、責任を持って速やかに破棄します。

記

1. 提出書類(マイナンバー収集キット)

(1)マイナンバー提出チェックリスト

(2)マイナンバー提出マット(一覧表)

※ ご自身及び家族(同居・別居の扶養家族)の『通知カード』又は『個人番号カード』のコピーを添付すること。

※ 扶養家族とは、健康保険の被扶養者、税の控除対象者のことです。

(例)23歳で社会人の子供がいる場合、その子供は被保険者になるため、対象外になります。

(3)委任状

※ 国民年金第3号被保険者となる配偶者のいる方のみ提出してください。

2. マイナンバー(個人番号)の利用目的

貴方及び貴方の家族のマイナンバー(個人番号)を以下の目的で利用します。

- ① 所得税法に基づく源泉徴収に関する事務
- ② 地方税法に基づく住民税に関する事務
- ③ 雇用保険法に基づく雇用保険に関する事務
- ④ 健康保険法に基づく健康保険に関する事務
- ⑤ 厚生年金法に基づく厚生年金に関する事務
- ⑥ 労働者災害補償保険法に基づく請求に関する事務
- ⑦ 地方公務員等共済組合法に基づく地方職員共済組合に関する事務
- ⑧ 地方公務員災害補償法に基づく補償に関する事務
- ⑨ 国民年金法に基づく国民年金に関する事務(第三号被保険者に関する事務に限る)

【 問合せ先 】

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
本部事務局 人事グループ 採用担当
TEL : 06 - 6809 - 5392
Mail : honbunw005@opho.jp

(提出用)

マイナンバー提出チェックシート

| | | | |
|------|-----------------|------|--|
| 受験番号 | | 職員番号 | |
| 氏名 | (フリガナ) | | |
| 生年月日 | | | |
| 住所 | 〒 | | |

マイナンバー提出書類の作成手順(手順を確認したら口に✓をつけてください。)

□①ご自身及び家族(同居・別居の扶養家族)の『通知カード』又は『個人番号カード』のコピーをご用意ください。

※ 個人番号の表示がある面をコピーしてください。

『通知カード』は表面、『個人番号カード』は裏面です。

※ 扶養家族とは、健康保険の被扶養者、税の控除対象者のことです。

(例)23歳で社会人の子供がいる場合、その子供は被保険者になるため、対象外になります。

□②『通知カード』又は『個人番号カード』のコピーに氏名、生年月日、個人番号が鮮明に印刷されていることを確認してください。

□③別紙「マイナンバー提出一覧」の裏面に、ご自身及び家族の『通知カード』又は『個人番号カード』のコピーをホッチキス留めしてください。

□④国民年金第3号被保険者となる配偶者がいる方は別紙「委任状」も作成してください。

| 第1号被保険者 | 第2号被保険者 | 第3号被保険者 |
|-------------------------|----------------------|--------------------|
| 20歳以上60歳未満 | 原則65歳未満 | 20歳以上60歳未満 |
| 自営業・無職・学生等、第2号・第3号ではない人 | 厚生年金保険の被保険者と共済組合の組合員 | 第2号被保険者に扶養されている配偶者 |
| 例:自営業、無職、学生など | 例:サラリーマン、公務員など | 例:専業主婦など |



マイナンバー通知カード(見本)



個人番号カード(裏面・見本)

(提出用)

マイナンバー提出マット(一覧表)

【提出方法】

※同居・別居の扶養家族がいる方は、記入例を参考にし、家族1の欄から順番に記入してください。

※扶養家族とは、健康保険の被扶養者、税の控除対象者のことです。

(例)23歳で社会人の子供がいる場合、その子供は被保険者になるため、対象外になります。

※この申告書の裏面にご自身及び家族(同居・別居の扶養家族)の『通知カード』又は『個人番号カード』コピーをホッチキス留めしてください。

| | 氏名 | 住所 | 生年月日 | 続柄 |
|-----|----|----|------|----|
| 本人 | | 〒 | | 本人 |
| 家族1 | | 〒 | | |
| 家族2 | | 〒 | | |
| 家族3 | | 〒 | | |
| 家族4 | | 〒 | | |
| 家族5 | | 〒 | | |
| 家族6 | | 〒 | | |
| 家族7 | | 〒 | | |

(提出用)

委任状

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
理事長 遠山 正 彌 様

私は、国民年金の第3号被保険者の届出事務に関して、私の配偶者であり、貴機構の採用予定者である以下の者を代理人と定め、貴機構にマイナンバー（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）を提供する権限を付与します。

受任者

令和 年 月 日

委任者:
