

個人番号報告書の記入概要について（ご案内）

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

令和6年12月2日をもって健康保険証（組合員証・被扶養者証）の新規発行が廃止され、マイナンバーカード（マイナ保険証）を利用することが基本となる仕組みに移行されました。

マイナ保険証の利用の有無にかかわらず、下記の手続きが必要となります。

「資格確認書（A4 型）」の交付対象者

◆マイナ保険証を利用する方

「別紙1 個人番号報告書」の資格確認書発行要否の理由欄を空欄でご提出ください。

マイナ保険証が利用可能となるまで時間を要することが見込まれる場合は、暫定的な有効期限の「資格確認書（A4 型）」が交付されます。

※被保険者情報のデータ登録が完了し、「資格情報のお知らせ」がお手元に届くまではマイナ保険証の利用が出来ません。

◆一時的にマイナ保険証を利用できない方

「別紙1 個人番号報告書」の資格確認書発行要否の理由欄に「イ」を記入し、ご提出ください。

個人番号報告書の交付申請に基づき、暫定的な有効期限の「資格確認書（A4 型）」が交付されます。

（例）マイナンバーカードを紛失や破損により再発行中 など

「資格確認書（カード型）」の交付対象者

◆マイナ保険証を利用できない方

「別紙1 個人番号報告書」の資格確認書発行要否の理由欄に「ア・ウ・エ」のうち該当するものを記入し、ご提出ください。

個人番号報告書の交付申請に基づき、有効期限が最大5年の「資格確認書（カード型）」が交付されます。

（例）マイナンバーカードを取得していない方

マイナ保険証利用登録をされない方

マイナ保険証を持っているが、利用が難しいなど配慮が必要な方 など

上記の手続きにより交付された「資格確認書」は、カード型・A4 型の種類を問わず、医療機関に提示することで、従来通り保険診療を受けることが可能です。

※4月1日採用の常勤職員の方は、ご入職後に、暫定的な有効期限の「資格確認書（A4 型）」が一律で交付されます。マイナ保険証を利用できない方で、有効期限が最大5年の「資格確認書（カード型）」を希望されている場合、後日、追加で交付されます。

マイナンバーカードの取得や保険証利用の登録がまだの方はこちら

マイナンバーカードの申請方法

- ☐ オンライン
（PC・スマートフォン）
- ☐ 郵送
- ☐ まちなかの証明写真機



（マイナ総合サイト）

健康保険証利用の登録方法

- ☐ 医療機関・薬局の受付
（カードリーダー）
- ☐ マイナポータル
- ☐ セブン銀行 ATM



（厚労省 HP）

【申請・保険証利用の登録に関するお問合せ先】マイナンバー総合フリーダイヤル Tel0120-95-0178

(別紙1 個人番号報告書)

令和 8 年 4 月 1 日

個人番号（マイナンバー）報告書

採用予定日を記入してください。

センター名	大阪〇〇センター		
職員番号 (組合員番号下6桁)	記入不要	カナ	ビョウイン ハナコ
		氏名	病院 花子
住 所	組合員資格取得届に記載の住所(居所)と住民票上の住所が <input type="checkbox"/> 同一 <input checked="" type="checkbox"/> 異なる		
異なる場合 (住民票上の住所)	大阪市〇〇区〇〇 〇-〇		
個人番号記入欄	<input checked="" type="checkbox"/>	事業主に提出済み	個人番号は、事業主において マイナンバーカード、個人番号通知書又は 個人番号が記載された住民票の写しで確認
資格確認書発行要否	資格確認書の発行が必要な場合は、以下のア～エから該当するものを《理由欄》に記入してください。		
	ア) マイナンバーカードやマイナ保険証を持っていない		
	イ) マイナ保険証を持っているが、マイナンバーカードの再発行中などで 一時的にマイナ保険証を利用することができない		
	ウ) マイナ保険証を持っているが、利用が難しいなど配慮が必要		
	エ) マイナ保険証の利用登録解除申請中		
	理由欄		
	ア		

該当する理由を記号ア～エから記入してください。
マイナ保険証を利用する場合や、ア～エのいずれにも該当しない場合、理由欄は空欄で提出してください。
ア・ウ・エを選択した方 …有効期限最大5年の「資格確認書（カード型）」が交付されます。
イを選択した方・空欄の方…暫定的な有効期限の「資格確認書（A4型）」が交付されます。

共済 処理 欄		
---------------	--	--

【組合員資格取得届書兼年金加入期間等報告書 記入概要・記入上の注意】

記入概要

- 1 新たに地方職員共済組合大阪府支部の組合員となられた方は、採用日から地方職員共済組合に加入することになりますので、それまでの間に加入していた「年金制度」について、記入例を参考に記載してください。
- 2 「基礎年金番号」欄について
 - ・年金手帳又は基礎年金番号通知書の番号を記入してください。
 - ・基礎年金番号が分からない方は年金事務所で確認してください。
(年金手帳又は基礎年金番号通知書を紛失された方は、年金事務所で再交付の申請をしてください。)
 - ・基礎年金番号が複数ある方は、年金事務所で番号の統合を行ったうえで、統合後の番号を記入してください。
- 3 「住所」欄について
 - ・採用日現在の住所を記入してください。
 - ・確定していない場合は空欄のまま提出してください。

記入上の注意

- 1 「年金加入期間」欄には、共済組合の組合員となるまでの年金制度の加入期間等について、履歴順に次により記入してください。

なお、ねんきんネットの年金記録画面のコピーや年金加入期間等確認通知書等のコピーを添付していただくことで、年金加入期間欄を省略することができます。その際は、余白に「別添参照」と記入の上ご提出ください。

 - (1) 「年金制度」欄は該当する年金制度を選択してください。
未納付期間、未加入期間については「その他」を選択するとともに、「未納付」または「未加入」(海外在住等の事由)を「備考」欄に記入してください。
 - (2) 国民年金の第1号被保険者期間(下記<参考>ア)がある場合は、「勤務先等」欄に、例えば、「学生」、「フリーター」、「自営業」、「パート」、「無職」等と記入してください。
 - (3) 国民年金の第3号被保険者期間(下記<参考>ウ)がある場合は、「勤務先等」欄に「被扶養配偶者」と記入してください。
 - (4) 旧農林漁業団体職員共済組合法、旧公共企業体職員等共済組合法等の旧法の適用を受けていた期間については「その他」を選択するとともに、これらの法令の名称を「備考」欄に記入してください。
 - (5) 学生納付特例制度^{*}を申請されていた方は、「備考」欄に「学生納付特例」と記入してください。
 - (6) 学生納付特例のうち国民年金未納期間がある場合は、(1)のとおり未納付期間を記入してください。

※ 学生納付特例制度

学生の期間について、申請により在学中の保険料の納付が猶予される制度です。

この制度の承認を受けた期間は、老齢基礎年金の受給資格期間（25 年）に含まれますが、額の計算の対象期間（満額 40 年）には含まれません。

満額の老齢基礎年金を受け取るためには、10 年間のうちに保険料を納付する必要があります。

- 2 出向等により退職することなく他の地方公共団体等の職員となった場合には、その出向等の日をそれぞれ前の勤務先の「退職年月日」欄及び後の勤務先の「就職年月日」欄に記入するとともに、共済組合の名称を「備考」欄に記入してください。

＜参考＞国民年金の被保険者は、次の 3 種類に区分されています（国民年金法第 7 条第 1 項）。

ア 第 1 号被保険者

日本国内に住所のある 20 歳以上 60 歳未満の人で、次のイ及びウに該当しない方が該当します。

イ 第 2 号被保険者

厚生年金保険の被保険者、公務員の共済組合の組合員又は私学共済制度の加入者が該当します。

ウ 第 3 号被保険者

第 2 号被保険者に扶養されている配偶者で、20 歳以上 60 歳未満の人が該当します。

「年金制度」の厚生年金の被保険者の種別（イ～オ）は以下のとおり

イ 厚生年金・・・ウ～オ以外の厚生年金保険の被保険者

ウ 国共済・・・各省庁国家公務員共済組合等の組合員である厚生年金保険の被保険者

エ 地共済・・・地方職員共済組合、公立学校職員共済組合、市町村職員共済組合、警察職員共済組合、大阪市職員共済等各指定都市共済組合、東京都職員共済組合等の組合員である厚生年金保険の被保険者

オ 私学共済・・・私立学校教職員共済制度の加入者である厚生年金保険の被保険者

記入例
(学生→機構)

組合員資格取得届書兼年金加入期間等報告書

令和 8 年 4 月 1 日

記入方法

1・2について、必要事項を記入してください。
※□の項目については、チェック(✓)を記入してください。
「別紙2 年金加入期間等(追記用)」は提出不要です。

採用予定日を記入してください。

職員番号
(組合員番号下6桁)

記入不要

地方独立行政法人
職員番号(任意)

記入不要

1. 組合員基本情報

所属機関名	地方独立行政法人大阪府立病院機構	センター名 (独法用)	大阪〇〇〇〇センター
(フリガナ)	ピョウイン ハナコ	性別	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
氏名	病院 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	11 年 4 月 10 日
(フリガナ)	オオサカシチュウオウクオオテマエ	採用日時点の住所を記載してください。 未定の場合は空欄で構いません。	
現住所 (居所)	大阪府中央区大手前3-1-43		
資格取得 年月日	令和 8 年 4 月 1 日	基礎年金番号 (10桁)	記号 一 番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
個人番号	採用予定日を記入してください。	記入不要	

※所属所処理欄(組

記入不要

2. 年金情報(年金加入期間等) ※年金に加入してからの履歴を順に記入してください。

現在受給している(過去に受給したことがある)又は支給が決定されている年金	20歳になる誕生日前日の 年月日を記入。	<input type="checkbox"/> その他の公的年金(具体名を記入)
年金加入・未加入期間等	就職年月日 退職年月日	勤務先 備考
<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	31 年 4 月 9 日 5 年 3 月 31 日	学生 学生納付特例
<input type="checkbox"/> 国共済 <input type="checkbox"/> 地共済		
<input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和		未納付
<input type="checkbox"/> 国共済 <input type="checkbox"/> 地共済		
<input type="checkbox"/> 私学共済 <input checked="" type="checkbox"/> その他		
その①		

学生納付特例の申請期間のうち
未納付期間があれば記入。

<記入方法>

- 裏面に記入例と記入上の注意を載せています。
- 上記その①で書ききれず欄が足りない場合は、別紙2(その②・③)に続きを記入して、本届出書と合わせて提出して下さい。
- 年金制度の区分の地共済には、地方職員共済組合に加え、公立学校職員共済組合、市町村職員共済組合、警察職員共済組合、大阪市職員共済組合等指定都市共済組合、東京都職員共済組合などを含みます。

※地共済処理欄(組合員の方は記入不要です。)

記入不要

記入例
(職歴あり)

組合員資格取得届書兼年金加入期間等報告書

令和 8 年 4 月 1 日

記入方法

1・2について、必要事項を記入してください。
※□の項目については、チェック(✓)を記入してください。

採用予定日を記入してください。

職員番号 (組合員番号下6桁)	記入不要	地方独立行政法人 職員番号(任意)	記入不要
--------------------	------	----------------------	------

1. 組合員基本情報

所属機関名	地方独立行政法人大阪府立病院機構	センター名 (独法用)	大阪〇〇〇〇センター
(フリガナ)	ピョウイン ハナコ	性別	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成
氏名	病院 花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	4 年 4 月 10 日
(フリガナ)	オオサカシチュウオウクオオテマエ	採用日時点の住所を記載してください。 未定の場合は空欄で構いません。	
現住所 (居所)	大阪府中央区大手前3-1-43		
資格取得 年月日	令和 8 年 4 月 1 日	基礎年金番号 (10桁)	記号 一 番号 1 2 3 4 一 5 6 7 8 9 0
個人番号	採用予定日を記入してください。	記入不要	

※所属所処理欄(組

記入不要

2. 年金情報(年金加入期間等) ※年金に加入してからの履歴を順に記入してください。

現在受給している(過去に受給したことがある)又は支給が決定されている年金	20歳になる誕生日前日の 年月日を記入。	<input type="checkbox"/> その他の公的年金(具体名を記入)		
年金加入・未加入期間等	就職年月日	退職年月日	勤務先	備考
<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国共済 <input type="checkbox"/> 地共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 24 年 4 月 9 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 28 年 3 月 31 日	学生	学生納付特例
<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国共済 <input checked="" type="checkbox"/> 地共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 28 年 4 月 1 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年 9 月 30 日	〇〇市立〇〇病院	〇〇県 市町村職員 共済組合
<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国共済 <input type="checkbox"/> 地共済 <input type="checkbox"/> 私学共済 <input checked="" type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 年 10 月 1 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 8 年 3 月 31 日	被扶養配偶者	

- ・国民年金の第1号被保険者期間がある場合は、「勤務先等」欄に、例えば、「学生」、「フリーター」、「自営業」、「パート」、「無職」等と記入してください。
- ・国民年金の第3号被保険者期間がある場合は、「勤務先等」欄に「被扶養配偶者」と記入してください。
- ・厚生年金被保険者期間(厚生年金、国共済、地共済、私学共済)については、「勤務先等」欄に会社名、市役所名、学校名等を入力してください。
- ・「地共済」がある場合は、「備考」欄に所属共済組合名を記入してください。
- ・行が足りない場合は、「別紙2 年金加入期間等(追記用)」に記載の上、併せて提出してください。

記入不要

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 東 税務署長	給与の支払者の名称（氏名） 法人番号は、下記の番号をご記載ください。 120005010076	（フリガナ） ギョウイン ハナコ 病院 花子	あなたの生年月日 世帯主の氏名	あなたの住所又は居所 （郵便番号558 - 8558） 大阪市住吉区万代東3-1-56	あなたの個人番号 個人番号は、記入しないでください。	あなたの配偶者 本人
市区町村長	給与の支払者の法人（個人）番号	あなたの住所又は居所	あなたの配偶者	あなたの住所又は居所	あなたの個人番号	あなたの配偶者

2カ所以上から給与の支払いを受けてる人が、他の給与支払者に「従たる給与についての扶養控除申告書」を提出している場合に○をつけます。

給与の支払者の所在地等の所轄税務署長欄には【東】と記入して下さい。
市区町村長欄は空欄で構いません。

区分等	氏名	あなたとの続柄	生年月日	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
A 源泉控除対象配偶者	ギョウイン タロウ	個人番号は、記入しないでください。	54.10.5			大阪市住吉区万代東3-1-56	
B 源泉控除対象親族（16歳以上）（平23.1.1以後生）	ギョウイン マモル	個人番号は、記入しないでください。					
	病院 守	子	14.2.4				
	ギョウイン ミヤコ	個人番号は、記入しないでください。					
	病院 宮子	子	18.5.17				
C 障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生	ギョウイン カズオ	個人番号は、記入しないでください。					
	病院 一雄	実父	19.5.8				
D 他の所得者が控除を受ける扶養親族等							

控除対象扶養親族が、年齢19歳以上23歳未満の場合に✓をつけます。
①その人の令和8年中の合計所得金額の見積額が58万円以下であるとき⇒「特定扶養親族」
②その人の令和8年中の合計所得金額の見積額が58万円超100万円以下であるとき⇒「特定親族」

控除対象配偶者または控除対象扶養親族が、非居住者である場合に✓をつけます。
※「留学」にチェックを付けた場合は、留学ビザ等書類の添付が必要です。

【源泉控除対象配偶者】
所得の見積額が95万円を超える人は、源泉控除対象配偶者には該当しません。
【源泉対象扶養親族】
所得の見積額58万円を超える人は、控除対象扶養親族に該当しません。
（参考）
①収入が給与所得のみの場合の給与等の収入金額と所得金額の関係（具体例）は次の表のとおりです。

給与の収入金額	所得金額
所得金額が給与等の収入金額を超える場合	11,100,000円
所得金額が給与等の収入金額を超えない場合	10,950,000円
1,650,000円	1,000,000円
1,600,000円	950,000円
1,230,000円	580,000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（具体例）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	1,633,334円	950,000円
	1,180,000円	580,000円
65歳以上	2,050,000円	950,000円
	1,680,000円	580,000円

控除対象扶養親族が、年齢70歳以上の場合には、いずれかに✓をつけます。
①その人が貴方または貴方の配偶者の直系尊属で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
病院一雄、身体障害者3級 身体障害者手帳 平成27年4月11日交付

左記の障害者等に該当する（人がある）場合、その該当する事実やその人の氏名等を記載します。

貴方が該当する場合に✓をつけます。

○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。）

16歳未満の扶養親族（平23.1.2以後生）	（フリガナ） ギョウイン マサル 病院 勝	個人番号は、記入しないでください。	あなたの生年月日 21.7.5	住所又は居所 大阪市住吉区万代東3-1-56	あなたの個人番号	あなたの住所又は居所	あなたの配偶者
退職手当等を有する配偶者・扶養親族・特定親族							

年齢16歳未満の扶養親族を記載します。

国内に住居を有しない扶養親族に該当する場合に○をします。

記入例

受験番号	氏 名 (ふりがな)	性 別	生年月日	職 種
* 医師は記載不要 ○○○○○	(ひ ょ う い ん は な こ) 病 院 花 子	男 ・ 女	(西 暦) 年 XX 月 XX 日	* 該当する職種を○で囲んでください 医師・看護師・医療技術 事務・その他

***この調査票は、現時点での接種状況を確認するためのものです。**

「受験番号」「氏名」「性別」
「生年月日(西暦)」「職種」を記入してください。

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎

▼表A ワクチン接種状況表

		麻 疹	風 疹	水 痘	流行性耳下腺炎(ムンプス)
ワクチン接種日	第1回	(西 暦) 20XX 年 XX 月 XX 日	(西 暦) 20XX 年 XX 月 XX 日	(西 暦) 年 月 日	(西 暦) 20XX 年 XX 月 XX 日
	第2回	(西 暦) 20XX 年 XX 月 XX 日	(西 暦) 20XX 年 XX 月 XX 日	(西 暦) 年 月 日	(西 暦) 20XX 年 XX 月 XX 日
	第3回	(西 暦)	(西 暦)	(西 暦) 年 月 日	(西 暦) 年 月 日
				(西 暦) 年 月 日	(西 暦) 年 月 日
				接種歴なし 不明	接種歴なし 不明

各ワクチンの接種状況を記入してください。
 ※接種日は西暦で記入
 接種歴が無い又は不明の場合は該当する項目に○をつけてください。

▼表B 抗体価測定結果表（麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎）

	麻 疹	風 疹	水 痘	
抗体価測定日	(西 暦) 年 月 日	(西 暦) 年 月 日	(西 暦) 年 月 日	※測定日は西暦で記入 ※不明の場合は空欄としてください。
抗 体 価				

直近の測定結果を記入してください。
※測定日は西暦で記入
※不明の場合は空欄としてください。

B型肝炎

▼表C ワクチン接種状況表（B型肝炎）

		1クール目	2クール目
	第1回	(西 暦) 年 月 日	(西 暦)
	第2回	(西 暦) 年 月 日	(西 暦)
	第3回	(西 暦) 年 月 日	(西 暦)
		接種歴なし 不明	

**【注1】記載のワクチン接種
号・氏名を記入の上、本**

感染症免疫獲得状況

受検番号	氏 名
※高年とは記載不要	

※この調査票は、検時点での検

【注1】記載のワクチン接種記録が確認できる文書のコピー裏面に受験番号・氏名を記入の上、本票の左上にホッチキスでとめてください。

感染症免疫獲得状況調査票 【新規採用職員用】

受験番号	氏 名 (ふりがな)	性別	生年月日	職 種
※医師は影響不要		男・女	年 月 日	※医師以外の職種について記入してください 医師・看護師・医療技術 事務・その他

※この調査票は、現時点での接種状況を確認するためのものです。ワクチン接種をしていただく必要はありません。

麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎(ムンプス)

▼表A ワクチン接種状況表

	麻 疹	風 疹	水 痘	流行性耳下腺炎(ムンプス)
(月 年)	(月 年)	(月 年)	(月 年)	(月 年)

▼表D 抗体価測定結果表(B型肝炎)

▼ 直近の測定結果を記入

	B型肝炎
抗体価測定日	(西 暦) 年 月 日
抗 体 価	
測定判定	<input type="checkbox"/> 陰性
	<input type="checkbox"/> 陽性
	(陽性判定基準 10m IU/mL 以上)

添付書類の例

予防接種の記録 (2)				
BCG				
接種 年月日 YMD (年)	接種者 氏名 Lat.No.	接種場所 Pharmacy	備考 Remarks	
予防接種券 Vaccine				
接種年月日 YMD (年)	接種者 氏名 Lat.No.	接種場所 Pharmacy	備考 Remarks	
昭和11年 11月1日 Shinwa	第1期生			
昭和11年 11月1日 Shinwa	第2期生			
日本赤十字会 Japanese Red Cross				
接種年月日 YMD (年)	接種者 氏名 Lat.No.	接種場所 Pharmacy	備考 Remarks	
昭和11年 11月1日 Shinwa				
昭和11年 11月1日 Shinwa				
昭和11年 11月1日 Shinwa				
昭和11年 11月1日 Shinwa				

【注１】母子手帳 又は 医療機関・学校発行の接種済証等(氏名、ワクチン種別、接種日が確認できる書類)を見ながら記入してください。記入に利用した接種済証等については、A４判の紙にコピーし、本票にホッチキスでとめてください。

(記入例)

記入日: 令和 7 年 〇 月 〇 日

放射線業務従事歴調査票

職 種	診療放射線技師		
受験番号 * 医師は記入不要	〇〇〇〇〇	職員番号	記入不要
氏 名	(フリガナ) 病院 太郎		
生年月日	昭和 60 年 4 月 12 日		

過去の勤務先における放射線業務従事歴および職員番号は記入不要です。について

電離放射線障害防止規則に基づき、令和3年4月1日以降の採用者で、過去の勤務先で放射線業務に従事されていた方については、過去5年分の被ばく線量を当機構の各事業場にて管理する必要があります。
つきましては、本調査票の①・②をご確認の上、必要事項を記入し、各配属先のセンター 総務・人事グループまでご提出いただきますようお願いいたします。

① 過去の勤務先における

入職日以前の経歴について、該当

放射線業務に**常時**従事した経歴がある
(個人線量計を装着し業務を行っていた)場合は、
「従事したことがあります」に○をつけてください。

放射線業務に従事していません。

()

過去の勤務先において、

放射線業務に従事したことがあります。

(○)

② 過去の勤務先における放射線被ばく線量の記録について

①で、「放射線業務に従事したことがあります」と回答された方は、
過去の勤務先で交付された直近の5年間の記録(個人線量管理票 外部被ばく測定報告書 その他放射線量がわかる証明書など)の写しを、本調査票の裏面に添付してください。
※6年以上の従事歴がある場合でも、5年間の記録を提出してください。
※記録が手元にない場合は、過去の勤務先で記録が保存されていることを確認の上、記録が保存されている旨を本調査票の裏面に添付してください。

【前勤務先の退職日から日数が経過しております】

以下に前勤務先の退職(予定)日を記入の上、
放射線被ばく線量の記録は、
直近の記録を受領次第、配属先センター 総務・人事グループへ提出してください。

現在、放射線業務に従事されている方などで、
本調査票の提出締切日までに直近の結果が届かない場合は、
前勤務先の退職日を記入の上、本調査票を提出ください。
※放射線被ばく量の記録は、直近の結果を受領次第、
別途ご提出ください。

前勤務先の退職(予定)日: 令和 年 月 日

参考

(放射線業務従事者の被ばく限度) 電離放射線障害防止規則より抜粋

第四条 事業者は、管理区域内において放射線業務に従事する労働者(以下「放射線業務従事者」という。)の受ける実効線量が五年間につき百ミリシーベルトを超えず、かつ、一年間につき五十ミリシーベルトを超えないようにしなければならない。

2 事業者は、前項の規定にかかわらず、女性の放射線業務従事者(妊娠する可能性がないと診断されたもの及び第六条に規定するものを除く。)の受ける実効線量については、三月間につき五ミリシーベルトを超えないようにしなければならない。

第五条 事業者は、放射線業務従事者の受ける等価線量が、眼の水晶体に受けるものについては五年間につき百ミリシーベルト及び一年間につき五十ミリシーベルトを、皮膚に受けるものについては一年間につき五百ミリシーベルトを、それぞれ超えないようにしなければならない。

第六条 事業者は、妊娠と診断された女性の放射線業務従事者の受ける線量が、妊娠と診断されたときから出産までの間(以下「妊娠中」という。)につき次の各号に掲げる線量の区分に応じて、それぞれ当該各号に定める値を超えないようにしなければならない。

一 内部被ばくによる実効線量については、一ミリシーベルト

二 腹部表面に受ける等価線量については、二ミリシーベルト