

■【既卒・正職員用】提出書類一覧 (は必須、それ以外は対象者のみ)

No	提出書類一覧 (<input type="checkbox"/> は必須、それ以外は対象者のみ)	記入にあたっての注意事項 ※1~14は様式を同封しています。15~20はコピー等をご準備下さい。 ※職員番号は記入不要。職・所属の記入にあたっては、次ページをご確認下さい。
<input type="checkbox"/> 1	日本赤十字社職員履歴書・身上書	・顔写真を貼り付けて下さい。 ・生年月日、就業期間・職務期間・免許検定資格等取得年月日は和暦で記入して下さい。
<input type="checkbox"/> 2	誓書	・本人の誓書です。 ・氏名上の日付は記入日して下さい。
<input type="checkbox"/> 3	身元保証書	・日付は記入日して下さい。 ・身元保証人について、1人は同一世帯で構いませんが、もう1人は別世帯の方に記入をお願いします(いずれも独立の生計を営む成年者)。
<input type="checkbox"/> 4	通勤届	・通勤手当の計算に使用します。 ・住所は入職日より通勤をする住所を記入して下さい。 ・社宅を使用する場合は社宅住所を記入してください。 ・通勤手当は自動車等で通勤する場合にその片道通使用距離に応じて以下に給されます。具体的な通勤手当の額を知りたい場合は、通勤住所・通勤手段をご連絡下さい。 (使用距離が片道2km以上5km未満)月額2,200円 (使用距離が片道5km以上10km未満)月額4,200円 ～省略～ (使用距離が片道55km以上60km未満)月額29,800円 (使用距離が片道60km以上)月額31,600円
<input type="checkbox"/> 5	通勤高速自動車料金支給申請書	・居住・通勤する住居が持家(共有名義含む)で、社宅の貸与を受けていない場合、支給対象です。 ・高速自動車道路等の利用区間が三陸自動車道利府中IC以遠である場合に、片道料金×20日分が毎月支給されます。 ・登記簿または売買等契約書のコピーをあわせて提出して下さい。
<input type="checkbox"/> 6	給与・賞与払込依頼書	・月々の給与、夏・冬の賞与の振込先口座を記入して下さい。
<input type="checkbox"/> 7	給与所得者の扶養控除等(異動)申告書	・扶養親族等がない場合、用紙右上の「氏名」「生年月日」「世帯主の氏名」「あなたとの続柄」「個人番号」「住所又は居所」「配偶者の有無」のみ記入して下さい。「住所又は居所」は書類記入時点で住民票がある住所を記入して下さい。
<input type="checkbox"/> 8	給与支払明細書等の電子配布承諾の確認書類	・給与明細の交付方法(紙または電子配布)についての意思確認です。
<input type="checkbox"/> 9	住居届【賃貸】	・住居手当の計算に使用します。職員本人が賃貸契約者である場合のみ提出して下さい。手当は、下のように支給されます。 支給額：家賃のおよそ半額(上限額：28,500円) ・賃貸等契約書のコピー(家賃、契約期間、借主名、署名が確認できる部分)をあわせて提出して下さい。 ・社宅を借りる場合は提出不要です。
<input type="checkbox"/> 10	扶養親族届	・扶養親族がいる方のみ提出が必要になります。 ・扶養手当の計算、健康保険の扶養手続きに使用します。個人番号、住民票、配偶者の所得見込証明書等をあわせて必要になります。詳細は記入例をご確認いただくかお問い合わせください。
<input type="checkbox"/> 11	被扶養者届・現況書 収入明細書 非同居調書	・被扶養者届・現況書は被扶養者1人につき1枚の記載となります。 ・扶養手当の支給額は以下のとおりです。 子：10,000円/人、その他：6,500円/人
<input type="checkbox"/> 12	家族情報(子)申告書	・子を健康保険の扶養に入れない場合のみ提出して下さい。 ・この申告書の情報は、子の看護休暇の付与及び災害時等のBCP(事業継続計画)に使用します。
<input type="checkbox"/> 13	加入者掛金拠出申出書	・日本赤十字社企業年金基金の積立に関する意思確認です。 ・正職員のみ提出が必要になります。
<input type="checkbox"/> 14	車両届	・病院駐車場の駐車許可証の発行に使用します。 ・当院で以下に該当する職員に駐車許可証が発行されます。 (1)通勤距離が片道2km以上の者 (2)片道2km未満の準夜・深夜交替勤務、緊急呼び出し勤務をする者
<input type="checkbox"/> 15	年金手帳 (A4コピー)	・厚生年金の手続に使用します。 ・基礎年金番号が記載されている部分のコピーを提出して下さい。
<input type="checkbox"/> 16	運転免許証 (A4コピー)	・運転免許証は身元確認のために使用します。 ・運転免許証表面のコピーを提出して下さい(裏面備考に変更住所がある場合は裏面のコピーも提出して下さい)。
<input type="checkbox"/> 17	マイナンバー 個人番号カード (A4コピー) または 通知カード (A4コピー)	・個人番号は「源泉徴収関連事務」「年末調整関係事務」「雇用保険関係事務」「健康保険・厚生年金保険関連事務」に使用します。 ・個人番号、氏名、住所が記載されている部分のコピーを提出して下さい。 ・扶養申請をされる方は、親族分も提出が必要になります。
<input type="checkbox"/> 18	最終学歴の卒業証明書、又は卒業証書 (A4コピー)	
<input type="checkbox"/> 19	雇用保険被保険者証	・雇用保険加入手続きに使用します。 ・これまで雇用保険に加入したことがある方は必ず提出して下さい。
<input type="checkbox"/> 20	各種研修修了証・受講証	・お手持ちのものの写しを全て提出願います。

■提出期限・提出方法

- ・提出期限：指定の締切日まで
- ・提出方法：当院人事課宛に郵送、もしくは当院本棟2階事務室持参

※職・所属の記載方法

内定職種を確認し、以下の職・所属を記入して下さい。

内定職種	職	所属
臨床研修医	医師	臨床研修医
薬剤師	薬剤師	薬剤部
看護師	看護師	看護部
助産師	助産師	
保健師	保健師	
看護助手	看護助手	
ケアワーカー	ケアワーカー	病棟支援課
臨床検査技師	臨床検査技師	配属部署をご記入ください。 (臨床検査課・生理検査課・ 病理検査課)
診療放射線技師	診療放射線技師	放射線技術課
医学物理士	医学物理士	放射線治療課
臨床工学技士	臨床工学技士	臨床工学技術課
理学療法士	理学療法士	リハビリテーション課
作業療法士	作業療法士	
言語聴覚士	言語聴覚士	
視能訓練士	視能訓練士	
管理栄養士	管理栄養士	栄養課
救急救命士	救急救命士	救急課
遺伝カウンセラー	遺伝カウンセラー	遺伝診療課
歯科衛生士	歯科衛生士	歯科衛生課
歯科助手	歯科助手	
社会福祉士	社会福祉士	地域医療連携課
事務職員	事務職員	※未記入でお願いします
技術員	技術員	※未記入でお願いします
業務員	業務員	※未記入でお願いします

記入・提出にあたって不明点があれば下記までご連絡ください。

お問い合わせ先
石巻赤十字病院 人事課
メールアドレス：jinji@ishinomaki.jrc.or.jp
電話番号：0225-21-7256 (直通)