

令和8 年度採用 福岡市国民健康保険 給付職員(会計年度任用職員)
採用試験申込書

[illegible]

※欄以外の太枠内について、すべて本人の自筆で記入してください。

職歴

勤務先 (部課係まで)	所在地 (番地まで)	在職期間	仕事内容
最終(現在)		年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	
(その前)		年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	
(その前)		年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	
(その前)		年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	
(その前)		年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	
(その前)		年 月 ～ 年 月 (年 ヶ月)	

※市町村や健康保険組合等でのレセプト(診療報酬明細書)点検事務や支給審査事務、医療機関等での医療事務、損害保険会社等での第三者行為損害賠償金請求事務、施術所等での療養費支給申請書作成事務等の経験がある場合は、上記の仕事内容に詳しく記入してください。

私は、福岡市国民健康保険給付職員に係る受験申込をしますが、この申込書の記載事項に相違ありません。また、募集案内記載の受験資格を満たしていることを申し添えます。

令和 年 月 日

氏 名 (自筆)

【注意事項】

- ※欄以外は、すべて本人の自筆で記入してください。
- 合格等の通知書は現住所に送付します。通知先が現住所と異なる場合は、希望される通知先を「通知の際の連絡先」欄に記入してください。現住所と同じ場合は記入の必要はありません。
- 記載事項に虚偽がある場合は、採用される資格を失います。