

令和 9 年度採用 福岡市国民健康保険医療費適正化職員（会計年度任用職員）
採用試験申込書

[illegible]

【注意事項】

- 1 あらかじめ「令和9年度国民健康保険医療費適正化職員(会計年度任用職員)募集案内」で受験資格や提出書類等を確認してください。
- 2 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。
- 3 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。

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)	

※医療機関、医療保険者、診療報酬の審査支払機関等でレセプトに関する業務に従事していた職歴の仕事内容を上記に詳しく記載してください。

下記事項について確認の上、☑をつけてください。



私は、福岡市国民健康保険医療費適正化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。