

## 令和8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(東区役所保険年金課)

※受験番号				※出欠		写真貼付欄 1 申し込み前3か月以内に撮影した上半身、脱帽、正面のもので縦4cm×横3cm程度 2 写真の裏に氏名を記入すること
ふりがな 氏 名						
生年月日 昭和 年 月 日 年齢 歳(令和8年4月1日現在) 平成						
ふりがな 〒 現住所						電話( ) —
ふりがな 〒 通知の際の連絡先						電話( ) —
学歴(中退の場合も必ず記入してください。)						
学 校 名		学 部	学科・専攻	在 学 期 間		卒業・中退の別
最 終				年 月～ 年 月		卒業・中退 卒業見込
その前				年 月～ 年 月		卒業・中退
資格・免許等						
種 類				取得(見込)年月日		
				昭和・平成・令和 年 月 日		
				昭和・平成・令和 年 月 日		
				昭和・平成・令和 年 月 日		
				昭和・平成・令和 年 月 日		
パソコンへの対応(複数選択可) 該当する箇所の口を塗りつぶしてください。 <input type="checkbox"/> Excel(エクセル) ( <input type="checkbox"/> 応用 <input type="checkbox"/> 基本 ) <input type="checkbox"/> その他のソフト(下記に具体的に記入してください) <input type="checkbox"/> Word(ワード) ( <input type="checkbox"/> 応用 <input type="checkbox"/> 基本 ) ( )						
志望の動機、自己PRなど						

注)太枠内を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診療報酬明細書(レセプト)点検事務や療養費等の支給審査事務、または、医療機関等での医療事務等に従事した経験がある場合は、上記の仕事内容欄に詳しく記入してください。

私は、福岡市国民健康保険医療費適正化職員の採用にかかる受験を申し込むにあたり、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】**

- 1 ※欄以外は、すべて本人の自筆で記入してください。
- 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。