

○厚生労働省令第一号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令を次のように定める。

令和元年五月七日

厚生労働大臣 根本 匠

元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令
（健康保険法施行規則の一部改正）

第一条 健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）の一部を次のように改正する。
様式第一号（表面）及び様式第二号（表面）中「平成」を「令和」に改める。

様式第三号(第二十四条関係)

(表面)

様式第三号を次のように改める。

様式コード 2 2 0 0		健康保険 厚生年金保険 (兼)厚生年金保険		被保険者資格取得届 70歳以上被用者該当届	
令和 年 月 日提出					
提出者記入欄	事業所整理記号	事業所番号			
	事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。			
	事業所名称				
	事業主氏名	㊟		社会保険労務士記載欄	
	電話番号	()		氏 名 等 ㊟	

被保険者 1	① 被保険者整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種 別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	㊲(通貨) 円 ㊳(現物) 円	㊴(合計 ㊲+㊳) 円		⑩ 備考				
	⑪ 住 所	〒 —							

被保険者 2	① 被保険者整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種 別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	㊲(通貨) 円 ㊳(現物) 円	㊴(合計 ㊲+㊳) 円		⑩ 備考				
	⑪ 住 所	〒 —							

被保険者 3	① 被保険者整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種 別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	㊲(通貨) 円 ㊳(現物) 円	㊴(合計 ㊲+㊳) 円		⑩ 備考				
	⑪ 住 所	〒 —							

被保険者 4	① 被保険者整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	④ 種 別	1. 男 2. 女 3. 坑内員	5. 男(基金) 6. 女(基金) 7. 坑内員(基金)
	⑤ 取得区分	1. 健保・厚年 3. 共済出向 4. 船保任継	⑥ 個人番号 [基礎年金番号]	⑦ 取得(該当)年月日	9. 令和	年 月 日	⑧ 被扶養者	0. 無 1. 有	
	⑨ 報酬月額	㊲(通貨) 円 ㊳(現物) 円	㊴(合計 ㊲+㊳) 円		⑩ 備考				
	⑪ 住 所	〒 —							

記入方法

提出者記入欄 : 事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ	事業所番号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号 : 提出順に被保険者整理番号を払い出ししますので、記入する必要はありません。

②氏名 : 氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。

③生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤. 昭和			年			月			日
7. 平成	6	3		0	5		0	3	
9. 令和									

④種別 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

	男子	女子	坑内員
一般(基金未加入)	1	2	3
厚生年金基金加入員	5	6	7

⑤取得区分 : 下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。

1. 健保・厚年	健康保険・厚生年金保険の被保険者となったとき(船員保険適用者を除く)
3. 共済出向	共済組合から公庫等へ出向した職員であるとき
4. 船保任継	船員任意継続被保険者であるとき

⑥個人番号(基礎年金番号) : 本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、必ず個人番号を記入してください。

⑦取得(該当)年月日 : 適用事業所に使用されるに至った日(事実上の使用関係が発生した日)、(70歳以上被用者該当届としての提出の場合は、70歳以上被用者に該当した日)、その使用される事業所が適用事業所となった日等を記入してください。

⑧被扶養者 : 健康保険の被扶養者がある場合は「1. 有」を、ない場合は「0. 無」を○で囲んでください。

「1. 有」の場合は『被扶養者(異動)届』の届出が別途必要です。

⑨報酬月額 : 「㊦(通貨)」は給料・手当等、名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。
※1 臨時に支払うものや、3月を超える期間ごとに支払う賞与等は対象となりません。

※2 週給の場合は、報酬額を7で割って得た額の30倍に相当する金額を記入してください。

※3 実績によって報酬が変わる場合は、資格取得月の前月1カ月間に、同事業所内で同様の業務に携わっている従業員の報酬の平均額を記入してください。

「㊧(現物)」は、報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。

現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。

⑩備考 : 必要に応じて記入してください。

⑪住所 : 住所を記入してください。

※日本年金機構に提出する際「⑥個人番号」欄に個人番号を記入した場合、住所記入は不要です。

※健康保険組合が管掌する健康保険の被保険者であって、健康保険組合が当該被保険者の住所に係る情報を求めないときは、住所の記入は不要です。

備考1: この用紙は、A列4番とすること。

2: 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第四号(第二十五条関係)

(裏面)

記入方法

提出者記入欄：事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号を記入してください。
事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所 整理記号	0	1	—	イ	ロ	ハ
-------------	---	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号： 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。

③生年月日 : 該当する元号の番号と、年月日を下図のように記入してください。

【元号】 1. 明治 3. 大正 5. 昭和 7. 平成
9. 令和

【記入例】 昭和63年5月3日の場合

③ 5—630503

⑦昇(降)給 : 4月～6月の支払期において、昇給または降給のあった月の支払月を記入し、該当する昇給または降給の区分を○で囲んでください。

⑧遡及支払額 : 4月～6月の支払期において、遡及分の支払があった月と支払われた遡及差額分を記入してください。

⑩給与計算の基礎日数： 月給・週給者は暦日数、日給・時給者は出勤日数等、報酬(給与)支払の基礎となった日数を記入してください。

月給・週給者で欠勤日数分の給与を差し引く場合は、就業規則等で定められた日数から欠勤日数を除いて記入してください。
※基礎日数は給与支払日ではありませんので、ご注意ください。

⑪通貨によるものの額： 給料・手当等名称を問わず労働の対償として金銭(通貨)で支払われるすべての合計金額を記入してください。

※昇給がさかのぼったためその差額が支給された場合は、その差額も含めて記入し、「⑧遡及支払額」に支給月と差額を記入してください。

⑫現物によるものの額： 報酬のうち食事・住宅・被服・定期券等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。

現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。(健康保険組合の場合、別途規約により定めがある場合があります。)

⑬合計 : 「⑪通貨」と「⑫現物」の合計額を記入してください。

⑭総計 : 「⑩給与計算の基礎日数」が17日以上月の「⑬合計(⑪+⑫)」を総計した金額を記入してください。

※「パート」の場合で17日以上月がない場合は、15日以上月の「⑬合計(⑪+⑫)」を総計してください。

⑮平均額 : 「⑭総計」で算出した金額を、「⑩給与計算の基礎日数」が17日以上 の月数で除して得た金額を記入してください。算出した平均額は、1円未満を切捨ててください。

※「パート」の場合で17日以上月がない場合は、15日以上月数で除してください。

⑯修正平均額：遅配給給与の支払いや昇給がさかのぼったことにより、対象月中に差額分が含まれている場合は、差額分を除いた平均額を記入してください。低額の休職給がある場合は、休職給の支払いがあった月を除いた月数・総計をもとに平均額を算出してください。

⑩個人番号 : 70歳以上被用者の方のみ記入が必要になります。本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を
(基礎年金番号) 記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出に
ついては、記入不要です。

⑱備考 : 必要に応じて記入してください。

備考1：この用紙は、A列4番とすること。

2：必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第五号(第二十六条関係)

(裏面)

記入方法

提出者記入欄

事業所整理記号

①被保険者整理番号

③生年月日

④改定年月

⑤従前の標準報酬月額

⑥従前改定月

⑦昇(降)給

⑧遡及支払額

⑨給与支払月

⑩給与計算の基礎日数

⑪通貨によるものの額

⑫現物によるものの額

⑬合計

⑭総計

⑮平均額

⑯修正平均額

⑰個人番号

⑱備考

備考1：この用紙は、A列4番とすること。
2：必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第六号（表面）中「平成」を「令和」に改め、同様式（裏面）を次のように改める。

様式第六号(第二十七条関係)

(裏面)

記入方法

提出者記入欄

: 事業所整理記号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号を記入してください。
事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ
---------	--	--	---	---	---	---	---	---

①被保険者整理番号

: 資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。

③生年月日

: 該当する元号の番号と、年月日を下図のように記入してください。

【元号】

1. 明治 3. 大正 5. 昭和 7. 平成 9. 令和

【記入例】 昭和63年5月3日の場合

③

5—630503

④賞与支払年月日(共通)

: 事業所における賞与支払年月日を記入してください。
なお、各被保険者欄にある「④賞与支払年月日」欄は、「④賞与支払年月日(共通)」と異なる方のみ記入してください。

⑤賞与支払額

: 「㊦(通貨)」には、賞与・手当等名称を問わず労働の対償として、3カ月を超える期間ごとに金銭(通貨)で支払われるすべての金額を記入してください。
※年間4回以上支払われる賞与等については標準報酬月額の対象となりますので、『被保険者報酬月額算定基礎届』または『被保険者報酬月額変更届』に記入する報酬月額に算入してください。
「㊧(現物)」には、賞与のうち食事・住宅・被服等、金銭(通貨)以外で支払われるものについて記入してください。現物によるものの額は、厚生労働大臣によって定められた額(食事・住宅については都道府県ごとに定められた価額、その他被服等は時価により算定した額)を記入してください。
(健康保険組合の場合、別途規約により定めがある場合があります。)

⑥賞与額

: 「㊦(通貨)」と「㊧(現物)」の合計から1,000円未満切捨てた金額を記入してください。

⑦個人番号
(基礎年金番号)

: 70歳以上被用者の方のみ記入してください。本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。

⑧備考

: 必要に応じて記入してください。

備考1：この用紙は、A列4番とすること。
2：必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第七号及び様式第八号を次のように改める。

様式第七号(第二十八条関係)

様式コード		
2	2	0
届書コード		
2	0	7

健康保険
厚生年金保険
被保険者氏名変更届

① 事業所整理記号		② 被保険者整理番号		③ 個人番号(または基礎年金番号)				④ 生 年 月 日			⑤ 種 別 (性別)		
※								明. 1 3 年 月 日 大. 5 7 平. 9 令.			1. 2. 3. 5. 6. 7.		
											送 信		
⑤ 被保険者の氏名 (変更後)		(氏) (フリガナ)		(名)		⑥ 変更前の氏名 (氏)		(氏) (名)		⑦ 健康保険被 保険者証不要 ※ 要 0 不要 1		⑧ 備 考	

⑥記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
⑦「※」印欄は記入しないでください。

事業所所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。
事業所名称	〒
事業主氏名	
電 話	(局) 番

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士記載欄	氏名等



【記入の方法】

1. ③は、本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。

2. ④の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、例えば、昭和32年2月7日生まれの場合は、

「	明	1	年	月	日	」
	大	3				
	昭	5				
平	7	3	2	0	2	7
令	9					

のように記入してください。

3. ⑦は、被保険者が坑内員以外の男子であるときは「1」を、女子であるときは「2」を、坑内員であるときは「3」を○印で囲んでください。ただし、厚生年金基金の加入員であって、坑内員以外の男子であるときは「5」を、女子であるときは「6」を、坑内員であるときは「7」を○印で囲んでください。

4. ⑤の「フリガナ」は、カタカナで正確に記入してください。

5. ⑧は、被保険者整理番号又は年金手帳の基礎年金番号の通知をまだ受けていないときは、その旨を記入してください。

6. 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。

7. 本手続は電子申請による届出も可能です。

なお、全国健康保険協会が管掌する健康保険及び厚生年金保険においては、本手続について、社会保険労務士が電子申請により本届書の提出に関する手続を事業主に代わって行う場合には、当該社会保険労務士が当該事業主の提出代行者であることを証明することができるものを本届書の提出と併せて送信することをもって、当該事業主の電子署名に代えることができます。

様式コード		健康保険 厚生年金保険 (兼)厚生年金保険		被保険者資格喪失届 70歳以上被用者不該当届			
2	201						
令和 年 月 日提出							
提出者記入欄	事業所 整理記号	事業所 番 号					
	事業所 所在地	届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。 〒 —					
	事業所 名 称						
	事業主 氏 名	㊟					
	電話番号	()					
社会保険労務士記載欄							
氏 名 等 ㊟							

被保険者1	① 被保険者 整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
	④ 個 人 番 号 基礎年 金番号	⑤ 喪 失 年月日	9. 年 月 日	⑥ 喪 失 (不該当) 原 因	4. 退職等(平成 年 月 日退職等) 5. 死亡 (平成 年 月 日死亡) 7. 75歳到達(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)				
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____枚 返不能 _____枚			⑧ 70歳 不該当	□70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 年 月 日 令和			

被保険者2	① 被保険者 整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
	④ 個 人 番 号 基礎年 金番号	⑤ 喪 失 年月日	9. 年 月 日	⑥ 喪 失 (不該当) 原 因	4. 退職等(平成 年 月 日退職等) 5. 死亡 (平成 年 月 日死亡) 7. 75歳到達(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)				
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____枚 返不能 _____枚			⑧ 70歳 不該当	□70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 年 月 日 令和			

被保険者3	① 被保険者 整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
	④ 個 人 番 号 基礎年 金番号	⑤ 喪 失 年月日	9. 年 月 日	⑥ 喪 失 (不該当) 原 因	4. 退職等(平成 年 月 日退職等) 5. 死亡 (平成 年 月 日死亡) 7. 75歳到達(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)				
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____枚 返不能 _____枚			⑧ 70歳 不該当	□70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 年 月 日 令和			

被保険者4	① 被保険者 整理番号	② 氏 名	(フリガナ) (氏)	(名)	③ 生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日
	④ 個 人 番 号 基礎年 金番号	⑤ 喪 失 年月日	9. 年 月 日	⑥ 喪 失 (不該当) 原 因	4. 退職等(平成 年 月 日退職等) 5. 死亡 (平成 年 月 日死亡) 7. 75歳到達(健康保険のみ喪失) 9. 障害認定(健康保険のみ喪失)				
	⑦ 備考	保険証回収 添付 _____枚 返不能 _____枚			⑧ 70歳 不該当	□70歳以上被用者不該当 (退職日または死亡日を記入してください) 不該当年月日 9. 年 月 日 令和			

記入方法

提出者記入欄：事業所整理記号・事業所番号は下図を参照し、新規適用時または名称・所在地変更時に付された記号・番号を記入してください。事業主の押印は、署名(自筆)の場合は必要ありません。

事業所整理記号			0	1	—	イ	ロ	ハ	事業所番号	1	2	3	4	5
---------	--	--	---	---	---	---	---	---	-------	---	---	---	---	---

- ①被保険者整理番号：資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号を、必ず記入してください。
- ②氏名：氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
- ③生年月日：年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は下図を参照し記入してください。

⑤昭和		年		月		日
7.平成	6	3	0	5	0	3
9.令和						

- ④個人番号(基礎年金番号)：本人確認を行ったうえで、個人番号を記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、年金手帳等に記載されている10桁の番号を左詰めで記入してください。ただし、健康保険組合への届出については、記入不要です。
- ⑤喪失年月日：下図を参照し、喪失年月日を記入してください。

退職等による資格喪失	退職日の翌日 転勤の当日 雇用契約変更の当日
死亡による資格喪失	死亡日の翌日
75歳到達による健康保険の資格喪失	誕生日の当日
障害認定による健康保険の資格喪失	認定日の当日

- ⑥喪失(不該当)原因：下図を参照し、該当する番号を○で囲んでください。退職・死亡の場合は、その当日の年月日を()内に記入してください。

4. 退職等	退職した場合、雇用契約の変更等により被保険者の適用対象外となった場合、退職後に継続して再雇用した場合
5. 死亡	死亡した場合
7. 75歳到達	75歳に到達したことで後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合
9. 障害認定	65歳以上75歳未満の方で、障害認定により後期高齢者医療に該当し、健康保険の被保険者資格を喪失する場合

- ⑦備考：必要に応じて記入してください。
- ⑧70歳不該当：70歳以上の方の場合、「□70歳以上被用者不該当」にチェックを入れてください。
また、「不該当年月日」に退職または死亡した当日の年月日を記入してください。
在職中に70歳に到達された方の厚生年金保険被保険者資格喪失届は、この用紙ではなく『70歳到達届』を提出してください。

備考1：この用紙は、A列4番とすること。

2：必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第九号(1)(表面)、様式第九号(2)(表面)、様式第九号(3)(表面)、様式第九号(4)(表面)、様式第十号(1)(表面)及び様式第十号(2)(表面)中「平成」を「令和」に改める。
様式第十二号(裏面)を次のように改める。
様式第十二号(第八十三条関係)

(裏面)

健康保険 特別療養証明書									
令和 年 月 日 交付									
記 号		番 号		性 別					
氏 名						性 別		男・女	
生年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日生							
住 所									
受 給 者		氏 名		性 別		男・女			
生年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日生							
住 所									
保 險 者		所 在 地							
保 險 者 番 号									

療養給付記録 1				療養給付記録 2				療養給付記録 3									
傷 病 名		開始年月日		令和 年 月 日		傷 病 名		開始年月日		令和 年 月 日		傷 病 名		開始年月日		令和 年 月 日	
受 給 期 限		令和 年 月 日				受 給 期 限		令和 年 月 日				受 給 期 限		令和 年 月 日			
終了年月日		令和 年 月 日		転帰		終了年月日		令和 年 月 日		転帰		終了年月日		令和 年 月 日		転帰	

備考

- 1 この証の大きさは、縦127ミリメートル、横182ミリメートルとし、点線の箇所から二つ折りとする。
- 2 この証は、受給者一人ごとにこれを作製すること。
- 3 受給者が被保険者であった者であるときは、「受給者」欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、他の欄には斜線を引くこととし、受給者が被扶養者であった者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
- 4 「性別」欄は、該当しない文字を抹消すること。
- 5 「療養給付記録」欄は、保険医療機関等において記載すること。ただし、「傷病名」、「開始年月日」及び「受給期限」欄は、保険者において記載すること。
- 6 「療養給付記録」欄の記載については、次によること。
 - (い) 歯について保険診療を行った場合には、患歯の部位を「傷病名」欄に記載すること。
 - (ろ) 「開始年月日」欄には、「開始年月日」を記載すること。
 - (は) 「受給期限」欄には、特別療養給付を受けることができる期限を記載すること。
 - (に) 「終了年月日」欄には、この証の有効期限が満了したときは、その満了日を記載し、また、傷病が転帰したときは、その年月日を記載すること。
 - (ま) 「転帰」欄には、治癒、期間満了、転医、死亡、中止等の別を記載すること。
- 7 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第十三号(第九十九条関係) (表面)

健康保険特定疾病療養受療証				
令和 年 月 日交付				
認定疾病名				
受 診 者	氏 名 及 び 生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日生		男 女
	住 所			
被 保 険 者	記 号		番 号	
	氏 名 及 び 生 年 月 日	明大昭平令 年 月 日生		男 女
自己負担限度額				
発 効 期 日		令和 年 月 日から有効		
保 険 者 名 及 び 印				

様式第十三号の二を次のように定める。

様式第十三号の二(第百三条の二関係)

(表 面)

(裏面)

注意事項

1. この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
2. この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
3. 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。
4. 被保険者の資格がなくなったとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、5日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
5. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
6. 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

備考

1. この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
2. この証は、対象者ごとにこれを作製すること。
3. 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
4. 対象者が被保険者であるときは、表面の「適用対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
5. 適用区分欄には、適用対象者が健康保険法施行令第42条第1項第2号又は第2項第2号に掲げる者である場合は「ア」と、同条第1項第3号又は第2項第3号に掲げる者である場合は「イ」と、同条第1項第1号又は第2項第1号に掲げる者である場合は「ウ」と、同条第1項第4号又は第2項第4号に掲げる者である場合は「エ」と、同条第3項第4号又は第4項第4号に掲げる者である場合は「現役並みⅠ」と、同条第3項第3号又は第4項第3号に掲げる者である場合は「現役並みⅡ」と記載すること。
6. 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができ

健康保険限度額適用認定証					
令和 年 月 日交付					
被保険者	記号	番号		男 女	
	氏名				
被保険者	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	氏名				
適用対象者	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	住所				
発効年月日		令和 年 月 日			
有効期限		令和 年 月 日			
適用区分					
	所在地				
保険者	保険番号及び	保険者番号称印			

(表 面)

健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証

令和 年 月 日交付

記 号	番 号	
-----	-----	--

被 保 険 者	氏 名	男 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	

適用・減額対象者	氏 名	男 女
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	住 所	

発効年月日	令和 年 月 日
-------	----------

有効期限	令和 年 月 日
------	----------

適用区分	
長期入院 該 当	令和 年 月 日 保険 者印

保 険 者	所在地	保険者 番号 称 及び印
-------	-----	-----------------

- (裏面)
- 注意事項
- この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
 - この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。
 - 療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
 - (2) 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける場合に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額されます。
 - 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証及び高齢受給者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。
 - 被保険者の資格がなくなつたとき、被扶養者でなくなつたとき、認定の条件に該当しなくなつたとき又は有効期限に達したときは、5日以内にこの証を保険者に返してください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。
 - 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
 - 表面の記載事項に変更があつた場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、事業主を経由しても差し支えありません。

備考

- この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
- この証は、対象者ごとにこれを作製すること。
- 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
- 対象者が被保険者であるときは、表面の「適用・減額対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれ「氏名」欄に該当事項を記載すること。
- 適用区分欄には、適用対象者が健康保険法施行令第42条第1項第5号又は第2項第5号に掲げる者である場合は「オ」と、同条第3項第6号に掲げる者である場合は「Ⅰ」と、同項第5号に掲げる者である場合は「Ⅱ」と記載すること。
- 健康保険法施行規則第62条の3第6号に掲げる者である場合は、適用区分欄に、5記載の適用区分「オ」又は「Ⅰ」に加え、「(境)」と記載すること。
- 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第十五号の二(表紙)を次のように改める。

様式第十五号(表紙)を次のように改める。

(表紙)

(表紙)



記号及 び番号	
------------	--

記号及 び番号	
------------	--

健康保険被保険者手帳

健康保険被保険者手帳

令和 年 月 日交付		
氏 名		男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 平・令	
住 所		
居 所		
交付機関名	印	

令和 年 月 日交付		
氏 名		男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 平・令	
住 所		
居 所		
交付機関名	印	

様式第十六号及び様式第十七号を次のように改める。
様式第十六号(第百十九条関係)

(六)

使う方への注意

- 1 初診を受けるときは、第五面のその月の欄に、確認の表示がなければなりません。ときは、健康保険被保険者手帳にこの票を添えて、交付機関に提出してください。
- 2 この票を持って、療養の給付等を受けられる期間は、同一の傷病について、療養の給付等の開始の日から1年(結核性疾病については、5年)です。
- 3 ただし、その後であっても、第五面に確認の表示がある月は、診療を受けられます。
- 4 保険医療機関等について診療を受けようとするときには、必ずこの票をその窓口で渡してください。この場合には、その傷病の療養が終わるまでこの票は保管されて、療養が終わってから所要の事項が記入されて返付されます。
- 5 この票で診療を受けたときは、次の額をそのつど支払ってください。
- 6 (1) 保険診療の費用(2)の費用を除く。)ア 本人 3割に相当する額
- 7 ただし、70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は、2割(ただし、昭和19年4月1日までに生まれた方は1割)に相当する額となります。
- 8 イ 被扶養者 3割に相当する額
- 9 ただし、義務教育就学前(6歳の誕生日の前日以後の最初の3月31日まで)の場合は2割に相当する額、70歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は2割(ただし、昭和19年4月1日までに生まれた方は1割)に相当する額となります。
- 10 (2) 入院時の食事療養又は生活療養に要する費用 定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
- 11 この票では、業務上や通勤災害による傷病については、診療を受けられません。
- 12 不正にこの票を使用したときは、刑法で罰せられ、また、費用を返さなければなりません。

(一)

健康保険被保険者 受給資格者票		令和 年 月 日交付
健康保険被保険者 手帳の記号及び番号		
氏 名		男・女
生 年 月 日	明大昭平令	年 月 日
住 所		
住 居		
保 険 者 番 号 及 交 付 機 関 名		
		印

診療の際は必ず第五面を参照してください。

(二)

被扶養者氏名	性 別	生年月日	交付機関印
	男 女	明大昭平令	
	男 女	明大昭平令	
	男 女	明大昭平令	
	男 女	明大昭平令	
	男 女	明大昭平令	
	男 女	明大昭平令	
摘 要			

[illegible]

様式第十七号(第百三十一条関係)

(一)

健康保険被保険者 特別療養費受給票			
健康保険被 保険者手帳 の記号及び 番号			
本 人	氏 名		男・女
	生年月日	明大昭平令 年 月 日	
	住 所		
	居 所		
保険者番号 及び交付機 関名		印	
交付年月日		令和 年 月 日	
有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	

(四)

使 う 方 へ の 注 意

1. この票を持っている方が診療を受けられる期間は、第一面の有効期間内です。
2. 保険医療機関等について診療を受けようとするときには、必ずこの票をその窓口で渡してください。この場合には、その傷病の療養が終わるまでこの票は保管されて療養が終ってから所要の事項が記入されて返付されます。
3. この票で診療を受けたときは、次の額をそのつど支払ってください。
 - (1) 保険診療の費用((2)の費用を除く。)の 3 割に相当する額
ただし、義務教育就学前(6 歳の誕生日の前日以後の最初の 3 月 31 日まで)の場合は 2 割に相当する額、70 歳の誕生日の属する月の翌月(誕生日が月の初日である場合はその月)以後の場合は 2 割(ただし、昭和 19 年 4 月 1 日までに生まれた方は 1 割)に相当する額となります。
 - (2) 入院時の食事療養又は生活療養に要する費用 定額の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
4. 次の日以後は、この票では診療を受けられません。
 - (1) 適用除外の承認を受け、健康保険法第 3 条第 2 項の規定による被保険者とならないこととなった日以後
 - (2) 健康保険被保険者手帳の返納の日の翌日以後
5. この票では、業務上や通勤災害による傷病については、診療を受けられません。
6. 不正にこの票を使用したときは、刑法で罰せられ、また、費用を返さなければなりません。

保 険 医 療 機 関 等 の 注 意

第一面の有効期間外の期間については、この票では診療を行うことはできません。

給 付 記 録

[illegible]

$$\left(\begin{array}{c} \longrightarrow \\ \longrightarrow \end{array} \right)$$

被扶養者氏名	性別	生年月日	交付機関印
	男 女	明大昭平令 ・	
	男 女	明大昭平令 ・	
	男 女	明大昭平令 ・	
	男 女	明大昭平令 ・	
	男 女	明大昭平令 ・	
	男 女	明大昭平令 ・	

摘要	
----	--

- 備考 1 この票の大きさは、縦127ミリメートル、横182ミリメートルとし、点線の個所から二つ折とすること。
- 2 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
- 3 「給付記録」欄は、保険医療機関等において記載すること。ただし、療養費支給の場合は、全国健康保険協会において記載すること。
- 4 「給付記録」欄の記載については、次によること。
- イ 歯について保険診療を行った場合には、患歯の部位を「傷病名」欄に記載すること。
- ロ 「開始年月日」欄には、保険診療を開始した年月日を記載すること。
- ハ 「終了年月日」欄には、保険診療を行わなくなった年月日を記載すること。
- ニ 「転帰」欄には、治ゆ、期間満了、転医、死亡、中止等の別を記載すること。
- ホ 「請求金額」欄には、保険医療機関等が保険診療に関して保険者に請求すべき費用の額を記載すること。
- ヘ 「認印」欄には、当該事項を記載した保険医療機関等においてなつ印すること。ただし、療養費支給の場合は、全国健康保険協会の職員がなつ印すること。
- 5 この票を再交付する場合において、その日雇特例被保険者又は日雇特例被保険者であった者が現に保険診療を受けるときは、その傷病名、保険診療を開始した年月日その他必要な事項を交付機関において記載すること。
- 6 別途被保険者等に周知することにより、使う方への注意を省略することができる。

様式第三号(第四十三条関係)

第二條 (船員保険法施行規則の一部改正)
船員保険法施行規則(昭和十五年厚生省令第五号)の一部を次のように改正する。
様式第一号(1)(表面)、様式第一号(2)(表面)及び様式第二号(表面)中「[平河]」を「[平賀]」に改める。
様式第三号を次のように改める。

船員保険療養補償証明書(下船後の療養補償)									
本 人	被保険者証記号番号				職 務 の 種 類				
	氏 名				生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日 平・令		
	被保険者資格取得 年 月 日		昭和 平成 令和 年 月 日		雇 入 年 月 日		昭 和 年 月 日 平 成 令 和		
乗 組 船 舶	船 舶 名				総 ト ン 数				
傷病・事故発 生の日時及 び 場 所	日 時	令和 年 月 日		午前 午後		時 分頃			
	場 所								
傷 病	1 疾 病		部 位						
	2 負 傷		及 び 症 状						
船員法第八九条 第二項該当	下 船 の 場 所 及 び 年 月 日		下 船 港						
	下船年月日		令和 年 月 日		下 船 後 三 月 満 了 年 月 日		令和 年 月 日		
負傷原因記入欄(負傷の場合は記入してください)									

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

船 舶 所 有 者	住所又は所在地 氏 名 又 は 名 称	印
船 長	住所又は所在地 氏 名 又 は 名 称	印
	又 は	
保 險 者	所 在 地 名 称	印

(注) 船舶所有者又は船長の押印については、署名(自筆)の場合は必要ありません。

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第四号（裏面）を次のように改める。

(裏面)

船員保険 継続療養受療証明書									
令和 年 月 日 交付									
記号		番号							
被保険者であった者		氏名		性別					
生年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日生							
住所									
受給者		氏名		性別					
生年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日生		続柄					
住所									
所在地									
保険者		名称及び印		保険者番号					

療養給付記録 1									
傷病名									
開始年月日		令和 年 月 日							
受給期限		令和 年 月 日							
終了年月日		令和 年 月 日		転帰					
療養給付記録 2									
傷病名									
開始年月日		令和 年 月 日							
受給期限		令和 年 月 日							
終了年月日		令和 年 月 日		転帰					
療養給付記録 3									
傷病名									
開始年月日		令和 年 月 日							
受給期限		令和 年 月 日							
終了年月日		令和 年 月 日		転帰					

様式第五号（表面）を次のように改める。

様式第五号(第八十八条関係)
(表 面)

船員保険特定疾病療養受療証									
令和 年 月 日交付									
認 疾 病 定 名									
受 診 者	氏 及 生 年 月 日	昭平令 年 月 日						男・女	
	住 所								
被 保 険 者	記 号					番 号			
	氏 及 生 年 月 日	明大昭平令 年 月 日						男・女	
自 己 負 担 限 度 額									
発 効 期 日		令和 年 月 日から有効							
保 険 者 名 及 び 印									

(表面)

船員保険限度額適用認定証					
令和 年 月 日交付					
被保険者	記号	船	番号		
	氏名				
被保険者	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		男 女	
	氏名				男 女
適用対象者	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			男 女
	住所				
発効年月日		令和 年 月 日			
有効期限		令和 年 月 日			
適用区分					
所在地					
	保険者番号及び印				

- (裏面)
- 注意事項
- この証の交付を受けたときには、すぐに住所欄に住所を自署して大切に保持してください。
 - この証によって療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1ヵ月につき、別に定められた額を限度とします。
 - 保険医療機関等又は指定訪問看護事業者について療養を受けるときには、必ずこの証を被保険者証に添えてその窓口で渡してください。入院療養を受ける場合には、退院するまで、この証は保管されて、退院の際に返付されます。
 - 被保険者の資格がなくなったとき、日本国内に住所を有する者が75歳に達したとき、65歳以上75歳未満の者が後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けたとき、被扶養者でなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は有効期限に達したときは、直ちにこの証を保険者に返してください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。
 - 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
 - 表面の記載事項に変更があった場合には、速やかにこの証を保険者に提出して訂正を受けてください。ただし、船舶所有者を経由しても差し支えありません。
- 備考
- この証の大きさは、縦127ミリメートル横91ミリメートルとする。
 - この証は、対象者ごとにこれを作成すること。
 - 「男女」欄は、該当しない文字を抹消すること。
 - 対象者が被保険者であるときは、表面の「適用対象者」の欄の「氏名」欄に被保険者本人と記載し、対象者が被扶養者であるときは、それぞれの欄に該当事項を記載すること。
 - 適用区分欄には、適用対象者が船員保険法施行令第9条第1項第2号又は第2項第2号に掲げる者である場合は「ア」と、同条第1項第3号又は第2項第3号に掲げる者である場合は「イ」と、同条第1項第1号又は第2項第1号に掲げる者である場合は「ウ」と、同条第3項第4号又は第4項第4号に掲げる者である場合は「エ」と、同条第3項第4号又は第4項第4号に掲げる者である場合は「現役並みⅠ」と、同条第3項第3号又は第4項第3号に掲げる者である場合は「現役並みⅡ」と記載すること。
 - 別途被保険者等に周知することにより、注意事項を省略することができる。

様式第八号、様式第九号（裏面）、様式第十号（裏面）、様式第十一号（裏面）、様式第十二号（裏面）、様式第十三号（裏面）、様式第十四号、様式第十五号及び様式第十七号から様式第十九号までの様式中「長」を「中」に改める。

様式第七号（表面）を次のように改める。

様式第七号(第九十五条関係)

(表面)

船員保険限度額適用・標準負担額減額認定証				
令和 年 月 日交付				
被保険者	記 号	③	番 号	
	氏 名			
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
適用・減額対象者	氏 名			
	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
	住 所			
発効年月日		令和 年 月 日		
有効期限		令和 年 月 日		
適用区分				
長期入院当該	令和 年 月 日		保険者印	
保 険 者	所 在 地			
	保 険 者 番 号			
	名 称 及 び 印			

(労働基準法施行規則の一部改正)
第三条 労働基準法施行規則（昭和二十二年厚生省令第二十三号）の一部を次のように改正する。
様式第二十四号（表面）を次のように改める。
様式第24号(第57条関係)

802011

預金管理状況報告
(平成 9 年度分)

ページ / ページ

受付印

労働保険番号																	
事業の種類	当該年度末の労働者数						人										
貯蓄金管理協定届出年月日	年 月 日						事業の所在地										
						事業の名称						事業場の業種					
						事業の種類						企業の業種					

項目	預金の種類												預金の状況(1:普通預金 3:定期預金 5:住宅積立預金 7:その他の積立預金 9:その他の預金)												合計																																																																																																																																			
貯蓄金管理協定に定められた預金の利率	割合(%)												割合(%)												割合(%)																																																																																																																																			
預金	当該年度当初の預金額(a)												当該年度中の預金受入額(b)												当該年度末の預金払戻額(c)												当該年度末の預金額(a+b-c)																																																																																																																							
預金者数	当該年度当初の預金者数												当該年度末の預金者数												当該年度末の預金者数												当該年度末の預金者数																																																																																																																							
保証契約の締結	保証人												保証の範囲												信託契約の締結												信託財産の内容												質権の設定												質権の目的物												抵当権の設定												抵当権の対象物												保全委員会方式												保全委員会の開催状況												貯蓄金管理制度												支払準備金制度												支払準備金の内容											

年 月 日
労働基準監督署長殿
使用者職氏名

（職業安定法施行規則の一部改正）
第四条 職業安定法施行規則（昭和二十二年労働省令第十二号）の一部を次のように改正する。
様式第四号を次のように改める。

様式第 4 号

(A 列 4)

届出制手数料変更命令通知書

(氏 名)

殿

令和 年 月 日付け届出のあった職業安定法第32条の3第1項第2号の手数料について、同条第4項の規定に基づき下記の理由により変更を命じます。

令和 年 月 日

都道府県労働局長

印

記

許 可 番 号	
事 業 所 名 称	
変 更 内 容	
期 限	
変 更 理 由	

なお、この処分に不服のあるときは、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の規定により、処分のあったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内（ただし、処分のあった日の翌日から起算して1年以内）に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができる。

また、処分の取消しの訴えは、行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の規定により、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内（ただし、処分のあった日の翌日から起算して1年以内）に、国を被告（代表者は法務大臣）として提起することができる。ただし、審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から6箇月以内（ただし、裁決のあった日の翌日から起算して1年以内）に提起することができる。

様式第 6 号の 2

(A 列 4)

取扱職種範囲等変更命令通知書

(氏 名)

殿

令和 年 月 日付け届出のあった職業安定法第32条の12第1項（同法第33条第4項及び第33条の3第2項において準用する場合を含む。）の取扱職種の範囲等について、同法第32条の12第3項（同法第33条第4項及び第33条の3第2項において準用する場合を含む。）の規定に基づき下記の理由により変更することを命じます。

令和 年 月 日

都道府県労働局長

印

記

許可・届出番号	
氏名又は名称	
事業所名称	
変更内容	
期 限	
変更理由	

なお、この処分に不服のあるときは、行政不服審査法（平成26年法律第68号）の規定により、処分のあったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内（ただし、処分のあった日の翌日から起算して1年以内）に厚生労働大臣に対し、審査請求をすることができる。

また、処分の取消しの訴えは、行政事件訴訟法（昭和37年法律第139号）の規定により、この処分のあったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内（ただし、処分のあった日の翌日から起算して1年以内）に、国を被告（代表者は法務大臣）として提起することができる。ただし、審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から6箇月以内（ただし、裁決のあった日の翌日から起算して1年以内）に提起することができる。

第一号様式

第五條 (栄養士法施行規則の一部改正)
栄養士法施行規則(昭和二十三年厚生省令第二号)の一部を次のように改正する。
第一号様式を次のように改める。

*登録番号		収入印紙欄 (消印しないこと)	
*登録年月日			
管 理 栄 養 士 免 許 申 請 書			
栄 養 士 免 許 を 受 け た 都 道 府 県 名		栄 養 士 名 簿 登 録 番 号	
昭和 平成 年 月 施行第 令和		管理栄養士国家試験 (管理栄養士試験) 合格	合 格 証 書 号
※ 管理栄養士養成施設名		昭和 平成 年 月 卒業	
1 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日) 有・無			
2 管理栄養士又は栄養士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反 の事実及び年月日) 有・無			
3 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名) 有・無			
上記により、管理栄養士免許を申請します。 令和 年 月 日			
本籍地都道府県名 (国籍)			
電 話	()		
住 所	都 道 府 県	市 郡 区 町 村	番 地 号
(氏名は、戸籍上の文字で記入すること)			
ふりがな	(氏)	(名)	印
氏 名			
性 別	男 女		
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 平成 令和		
厚生労働大臣 殿			

備考 1 *印欄には、記入しないこと。

2 管理栄養士国家試験(管理栄養士試験)合格以外により申請を行う場合は、※の管理栄養士養成施設名及び卒業年月を記載すること。また、この場合は、様式内 3 の出願後は卒業後と読み替えるものであること。

3 該当する不動文字を○で囲むこと。

4 黒のボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。

5 この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書をはること。(領収証書は、裏面にはること。)

6 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとすること。

7 用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

第二号様式及び第三号様式中「平成」を「令和」に改める。
第四号様式から第九号様式までを次のように改める。

第四号様式

*登録番号		収入印紙 (消印しないこと)	
*訂正書換え 交付年月日			

管理栄養士名簿訂正・免許証書換え交付申請書

登録 番号	第	号	登録 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
----------	---	---	-----------	----------------	---	---	---

変更を生じた事項

	変 更 前	変更後(第 1 回)	変更後(第 2 回)
本 籍 地 都道府県名 (国籍)			
ふりがな			
氏 名			

(氏名は、戸籍上の文字で記入すること)

変更の理由 及び年月日	
----------------	--

上記により、管理栄養士名簿訂正・免許証の書換え交付を申請します。
令和 年 月 日

電 話	()
住 所	都道府県 市 郡 区 町 村 番 地 号
氏 名	印 生 年 月 日 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

- 備考 1 *印欄には、記入しないこと。
- 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
- 3 黒のボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
- 4 この申請書には、所定の手数料に相当する収入印紙をはること。
- 5 名簿訂正の申請をするには、申請の原因たる事実を証する書類を添付すること。
書換え交付の申請をするには、管理栄養士免許証を添付すること。
- 6 氏名については、記入押印又は署名のいずれかとする。
- 7 用紙は日本工業規格 A 列 4 番とすること。

第五号様式

* 抹消年月日					
管理栄養士名簿登録抹消申請書					
登録 番号	第	号	登 録 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
本 籍 地 都道府県名 (国 籍)					
ふりがな	(氏)	(名)			
氏 名					
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年	月	日	
抹 消 理 由 の 生じた年月日	令和	年	月	日	
抹 消 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ そ の 他				
上記により、管理栄養士名簿登録の抹消を申請します。					
令和 年 月 日					
電 話	()				
住 所	都道 府県	市 郡	区	町 村	番地 番 号
氏 名		印			
厚生労働大臣 殿					

- 備考 1 *印欄には、記入しないこと。
- 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
- 3 黒のボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
- 4 この申請書には、管理栄養士免許証を添付すること。
- 5 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとする。
- 6 用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

第六号様式

*登録番号		収入印紙欄 (消印しないこと)					
*再交付年月日							
管理栄養士免許証再交付申請書							
登録 番 号	第	号	登録 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
本 籍 地 都道府県名 (国 籍)							
(氏名は、戸籍上の文字で記入すること)							
ふりがな	(氏)	(名)		性 別 男 女			
氏 名							
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 平成 令和						
上記により、管理栄養士免許証を(破った、汚した、失った)ので、免許証の再交付を申請します。							
令和 年 月 日							
電 話	()						
住 所	都道 府県	市 郡	区	町 村	番	番地 号	
氏 名			印				
厚生労働大臣 殿							

- 備考 1 *印欄には、記入しないこと。
- 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
- 3 黒のボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
- 4 この申請書には、所定の手数料に相当する収入印紙をはること。
- 5 破った又は汚したときは、その管理栄養士免許証を添付すること。
- 6 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとすること。
- 7 用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。

第七号様式

管理栄養士国家試験受験願書				収 入 印 紙	
受 験 希 望 地					
(ふりがな)				性 別	男 女
氏 名					
生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日	本 籍 地 都道府県名 (国 籍)		
(ふりがな)					
現 住 所					
電 話 ()					
上記により、管理栄養士国家試験を受けたく申請します。 厚生労働大臣 殿 令和 年 月 日 氏名 印					

備考 この様式は、日本工業規格A列4番とすること。

注意 (1) 収入印紙には、消印しないこと。

(2) 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

(3) 黒のインク、ボールペン等を用い、かい書ではっきり記入すること。

第八号様式

第 号

合 格 証 書

本籍地都道府県名(国籍)

氏 名

明治
大正
昭和
平成
令和

年 月 日生

昭和
平成
令和

年 月施行第 回管理栄養士国家試験に合格したことを証明する。

令和 年 月 日

厚生労働大臣



(児童福祉法施行規則の一部改正)

第六条 児童福祉法施行規則(昭和二十三年厚生省令第十一号)の一部を次のように改正する。

第二号様式から第四号様式まで中「平成」を「令和」に改める。

第九号様式

収入印紙欄 (消印しないこと)											
管理栄養士国家試験合格証書再交付申請書											
再交付申請 の理由											
昭和 平成 令和		年 月施行第		回		管理栄養士国家試験(管理栄養士試験)合格					
上記により、管理栄養士国家試験の合格証書の再交付を申請します。 令和 年 月 日											
電 話		()									
住 所		都 道 府 県		市 郡		区		町 村		番 地 号	
氏 名				印		生 年 月 日		明治 大正 昭和 平成 令和		年 月 日	

厚生労働大臣 殿

- 備考
- 1 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 2 黒のボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 3 この申請書には、所定の手数料に相当する収入印紙をはること。
 - 4 氏名については、記名押印又は署名のいずれかとすること。
 - 5 用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

第五号様式(第六条の三十一関係)

第五号様式を次のように改める。

保 育 士 登 録 申 請 書																				
フリガナ													性 別	□ 男 □ 女						
氏 名	(姓)										(名)									
生 年 月 日	□ 明治 □ 大正				年			月			日	本 籍 地 (外国籍の場合は、その国籍)		都道 府県	本籍地 コード					
フリガナ																				
連絡先住所	都道 府県																			
郵便番号			—				電話番号													
資格要件(児童福祉法第十八条の六の各号のうち該当するもの)	□ 第1号 指定保育士養成施設を卒業した者										卒業した施設の名称									
											卒業した年月				□ 昭和 □ 平成 □ 令和		年		月	
	□ 第2号 保育士試験に合格した者										試験に合格した年月				□ 昭和 □ 平成 □ 令和		年		月	
											合格通知番号									
											*科目ごとに合格した年月又は都道府県が異なる場合は別紙に記入									
その他	□ 成年被後見人又は被保佐人 □ 禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 □ 児童福祉法(以下「法」という。)の規定その他児童の福祉に関する法律の規定であって政令で定めるものにより、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者 □ 法第18条の19第1項第2号又は第2項(国家戦略特別区域法第12条の5第8項において準用する場合を含む。)の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者																			

私は、保育士の登録を受けたいので、上記事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠ぺいしていないことを誓い、児童福祉法施行令第16条の規定に基づき申請します。

令和 年 月 日

都道府県知事 殿

氏 名 印

- 備考 1 該当する□は、レと記入すること。
- 2 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申請書の各欄に記入するときには、必ず、HBの鉛筆を使用すること。
- また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
- 3 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 4 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

(別紙)

	合格した年月				合 格 地		都 道 府 県	
保育原理	☐ 平成 ☐ 令和		年		月	合格通知番号		
	合格した年月				合 格 地		都 道 府 県	
教育原理 及び社会的養護	☐ 平成 ☐ 令和		年		月	合格通知番号		
	合格した年月				合 格 地		都 道 府 県	
児童家庭福祉	☐ 平成 ☐ 令和		年		月	合格通知番号		
	合格した年月				合 格 地		都 道 府 県	
社会福祉	☐ 平成 ☐ 令和		年		月	合格通知番号		
	合格した年月				合 格 地		都 道 府 県	
保育の心理学	☐ 平成 ☐ 令和		年		月	合格通知番号		
	合格した年月				合 格 地		都 道 府 県	
子どもの保健	☐ 平成 ☐ 令和		年		月	合格通知番号		
	合格した年月				合 格 地		都 道 府 県	
子どもの食と栄養	☐ 平成 ☐ 令和		年		月	合格通知番号		
	合格した年月				合 格 地		都 道 府 県	
保育実習理論	☐ 平成 ☐ 令和		年		月	合格通知番号		
	合格した年月				合 格 地		都 道 府 県	
保育実習実技	☐ 平成 ☐ 令和		年		月	合格通知番号		

- 備考 1 該当する□は、レと記入すること。
- 2 この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申請書の各欄に記入するときには、必ず、HBの鉛筆を使用すること。
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
- 3 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

第十一号様式(第十条関係)

療 育 券											
公費負担者番号									交 付 年 月 日		
公費負担医療の受給者番号									令 和 年 月 日		
被保険者証の記号及び番号						保 険 者 等 の 名 称					
受 療 者	氏 名										
	生 年 月 日		平成 令和 年 月 日						男・女		
申 請 者	氏 名										
	生 年 月 日		大正 昭和 平成 令和 年 月 日						受療者との続柄		
	住 所								職 業		
指定療育機関	名 称										
	所 在 地										
診療予定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										
この券の有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで										
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日 都道府県知事 (市 長) 氏 名 印											
経由責任者	保健所長 氏 名 印										

(日本標準規格A列5番)

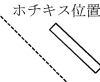
第十三号様式中「平成」を「令和」に改める。
第十三号の四様式から第十三号の七様式まで中「平成」を「令和」に改める。
第十四号様式から第十六号様式まで中「平成」を「令和」に改める。
(食品衛生法施行規則等の一部改正)

第七条 次に掲げる省令の規定中「平成」を「令和」に改める。

- 一 食品衛生法施行規則(昭和二十三年厚生省令第二十三号) 様式第十五号
- 二 社会保険診療報酬支払基金法施行規則(昭和二十三年厚生省令第三十四号) 別記様式(裏面)
- 三 社会福祉法施行規則(昭和二十六年厚生省令第二十八号) 別記様式(裏面)
- 四 覚せい剤取締法施行規則(昭和二十六年厚生省令第三十号) 別記第十号様式の二、別記第十号様式の三及び別記第十一号様式の二
- 五 戦傷病者戦没者遺族等援護法施行規則(昭和二十七年厚生省令第十二号) 別記様式
- 六 母体保護法施行規則(昭和二十七年厚生省令第三十二号) 別記様式第十二号(一)から別記様式第十三号(二)まで
- 七 引揚者給付金等支給法施行規則(昭和二十七年厚生省令第三十五号) 様式第一号及び様式第三号から様式第七号まで
- 八 生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律施行規則(昭和三十三年厚生省令第三十七号) 様式第一号及び様式第二号
- 九 水道法施行規則(昭和三十三年厚生省令第四十五号) 様式第十二号から様式第十三号の三まで
- 十 毎月勤労統計調査規則(昭和三十三年厚生省令第五十五号) 様式第一号から様式第五号まで
- 十一 国民健康保険法施行規則(昭和三十三年厚生省令第五十三号) 様式第三(裏面)、様式第三の二(裏面)、様式第四(裏面)、様式第六(裏面)、様式第八(裏面)及び様式第九(裏面)
- 十二 最低賃金法施行規則(昭和三十四年厚生省令第十七号) 様式第二号から様式第六号まで
- 十三 社会福祉施設職員等退職手当共済法施行規則(昭和三十三年厚生省令第三十六号) 別記様式(表面)
- 十四 母子及び父子並びに寡婦福祉法施行規則(昭和三十三年厚生省令第三十二号) 別記様式
- 十五 賃金構造基本統計調査規則(昭和三十三年厚生省令第三十八号) 様式第一号及び様式第二号
- 十六 戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律附則第八条第二項の規定による届出に関する省令(昭和四十六年厚生省令第二十号) 別記様式
- 十七 ボイラー及び圧力容器安全規則(昭和四十七年労働省令第三十三号) 様式第十六号及び様式第十七号
- 十八 産業安全専門官及び労働衛生専門官規程(昭和四十七年労働省令第三十四号) 別記様式(第一面)
- 十九 有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律施行規則(昭和四十九年厚生省令第三十四号) 様式第一号及び様式第二号
- 二十 建設労働者の雇用の改善等に関する法律施行規則(昭和五十一年労働省令第二十九号) 様式第一号、様式第二号、様式第九号及び様式第十号
- 二十一 環境衛生監視員証を定める省令(昭和五十一年厚生省令第三十六号) 様式第一号(表面)、様式第二号(裏面)、様式第三号(裏面)、様式第四号(裏面)、様式第五号(裏面)、様式第六号(裏面)
- 二十二 介護保険法施行規則(平成十一年厚生省令第三十六号) 様式第一号(表面)、様式第二号(裏面)、様式第三号(裏面)、様式第四号(裏面)、様式第五号(裏面)、様式第六号(裏面)
- 二十三 様式第二号の二(裏面)、様式第三号の三(裏面)、様式第三号の四(裏面)、様式第四号(裏面)、様式第五号(裏面)、様式第六号(裏面)
- 二十四 健康保険法等の一部を改正する法律(平成十八年法律第八十三号) 附則第三十條の二第二項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則様式第一号の二(表面)
- 二十五 健康保険法等の一部を改正する法律(平成十八年法律第八十三号) 附則第三十條の二第二項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則様式第一号の二(表面)
- 二十六 厚生年金保険法施行規則等の一部を改正する省令(平成十四年厚生労働省令第二十五号) 別記様式第一号及び別記様式第二号
- 二十七 身体障害者補助犬法施行規則(平成十四年厚生労働省令第二百二十七号) 様式第四号(裏面)
- 二十八 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則(平成十八年厚生労働省令第十九号) 別表第三号から別表第九号まで
- 二十九 介護給付費等の請求に関する省令(平成十八年厚生労働省令第七十号) 様式第一号から様式第六号まで
- 三十 障害児通所給付費等の請求に関する省令(平成十八年厚生労働省令第七十九号) 様式第一号から様式第四号まで
- 三十一 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則(平成十九年厚生労働省令第二百二十九号) 様式第六号(裏面)、様式第七号(裏面)、様式第八号(裏面)、様式第九号(裏面)、様式第十号(裏面)及び様式第十一号(裏面)
- 三十二 厚生年金保険の保険給付及び保険料の納付の特例等に関する法律施行規則(平成十九年厚生労働省令第五百一十一号) 様式第一号、様式第二号及び様式第四号から様式第六号まで
- 三十三 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則(平成二十六年厚生労働省令第二百一十一号) 様式第一号及び第二号
- 三十四 社会福祉法人会計基準(平成二十八年厚生労働省令第七十九号) 第一号第一様式から第三号第四様式まで
- 三十五 埋葬等に関する法律施行規則等の一部改正
- 第三十六条 墓地、埋葬等に関する法律施行規則(昭和二十三年厚生省令第二十四号) 別記様式第一号から別記様式第七号まで
- 第三十七条 クリニング業法施行規則(昭和二十五年厚生省令第三十五号) 別記様式
- 第三十八 狂犬病予防法施行規則(昭和二十五年厚生省令第五十二号) 別記様式第一
- 第三十九 検疫法施行規則(昭和二十六年厚生省令第五十三号) 様式第十五(ホ)(表面)
- 第四十 日本赤十字社法施行規則(昭和二十七年厚生省令第四十三号) 別記様式(表面)
- 第四十一 社会保険審査官及び社会保険審査会法施行規則(昭和二十八年厚生省令第四十三号) 別記様式
- 第四十二 社会保険審査官及び労働保険審査会法施行規則(昭和三十一年労働省令第十七号) 様式第一号から様式第十三号まで
- 第四十三 労働保険審査官及び労働保険審査会法施行規則(昭和三十一年労働省令第十七号) 様式第一号から様式第十三号まで
- 第四十四 未帰還者に関する特別措置法施行規則(昭和三十三年厚生省令第五十五号) 様式第一号及び様式第二号
- 第四十五 老人福祉法施行規則(昭和三十三年厚生省令第五十八号) 別記様式第一(表面)、別記様式第二(表面)、別記様式第三(表面)及び別記様式第四(表面)
- 第四十六 厚生労働省関係構造改革特別区域法施行規則(平成十五年厚生労働省令第五十八号) 別記様式(表面)
- 第四十七 健康増進法施行規則(平成十五年厚生労働省令第八十六号) 別記様式第一号及び第二号

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)



第九條 (医師法施行規則の一部改正)
第一号書式から第二号の四書式までを次のように改める。
第一号書式 (第一号の三関係) の一部を次のように改正する。

医 師 免 許 申 請 書

平成		年		月	施行	第		回	医師国家試験合格	受験地		受験番号							
----	--	---	--	---	----	---	--	---	----------	-----	--	------	--	--	--	--	--	--	--

1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 成年被後見人又は被保佐人の該当の有無。

有・無

2. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

3. 医事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

4. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

5. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、医師免許を申請します。

____年____月____日

本 籍 (国 籍)	都 道 府 県
----------------	------------

住 所	〒 都 道 府 県
-----	--------------

電 話	()
-----	-----

ふ り が な	(氏)	(名)	印
氏 名			
	(旧姓)		
通 称 名			

性 別	男
	女

生 年 月 日	昭 和 平 成 西 暦							年		月		日
---------	-------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

医 師 届 出 票

(令和 年12月31日現在)

第二号書式(第六条関係)

(1) 住 所	〒 - 都 道 府 県		
ふ り が な			電 話
(2) 氏 名			(- -)
メールアドレス	@		
※本届出票に記載したメールアドレス等の連絡先を情報配信や調査等のために利用することに同意しない場合は、右欄に○を付けること。			
(3) 性 別	1 男 ・ 2 女	(4) 生 年 月 日	1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 5 明治 年 月 日
(5) 医 籍 登 録 番 号	第 号	(6) 医 籍 登 録 年 月 日	1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 年 月 日
(7) 従事している施設及び業務の種別			
回答欄	施設の種別	業 務 の 種 別	
01～19のうち1つ を記入すること。	診療所	01 開設者又は法人の代表者 02 勤務者	
主たる施設・業務 の種別 (1つ)	病院 (医育機関附属の病院を除く)	03 開設者又は法人の代表者 04 勤務者	
	医育機関 (医学部を有する大学 又はその附属機関)	05 臨床系の教官又は教員 06 臨床系の大学院生 07 臨床系の勤務者で05及び06以外の者 (医員、臨床研修医、その他) 08 臨床系以外の大学院生 09 臨床系以外の勤務者で08以外の者 (教官、教員、その他)	
複数の施設に従事 している場合で2 番目に長時間従事 している施設につ いて01～18のうち 1つを記入すること。	介護老人保健施設	10 開設者又は法人の代表者 11 勤務者	
	介護医療院	12 開設者又は法人の代表者 13 勤務者	
従たる施設・業務 の種別 (1つ)	上記以外の施設	14 医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者 15 行政機関の従事者 16 14及び15以外の産業医 17 上記以外の保健衛生業務の従事者	
	その他	18 その他の業務の従事者 19 無職の者	
従 事 先	施設の名称・所在地は明確に記入し、電話番号は施設の代表電話を記入すること。 「勤務状況」は今年度12月1日～7日の状況を記入すること。 勤務日数には宿直・日直以外の勤務日を記入し、午前のみ、午後をみの勤務の場合は0.5日として計上する。 宿直・日直回数には、休診日や夜間に、院内に待機して診療等の対応を行う勤務を記入し、日直・宿直はそれぞれ1回、宿直と日直を連続して行う場合は2回として計上する。なお、オンコールは計上しない。		
(8) 主 たる 従 事 先 ((7) 欄の「主たる施設・業務の種別」に01～17のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)			
ふりがな			電 話
名 称			代表電話 (- -)
所 在 地	(1) 住所と同じ 〒 - 都 道 府 県 市 郡 区 町 村		
所在地と(1)住所が 同じ場合は☑し 記入は不要。			
勤務状況	勤務日数	日/週	宿直・日直回数 回/週
(9) 従 たる 従 事 先 (複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01～17のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。)			
ふりがな			電 話
名 称			代表電話 (- -)
所 在 地	(1) 住所と同じ 〒 - 都 道 府 県 市 郡 区 町 村		
所在地と(1)住所が 同じ場合は☑し 記入は不要。			
勤務状況	勤務日数	日/週	宿直・日直回数 回/週
(10) 従たる従事先の件数	件 (今年度12月31日現在で雇用契約等のある全ての従たる従事先。(9)欄の従事先を含む。)		
主たる従事先の状況 (以下の(11)～ (13) 欄は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～05、07及び09～17のいずれかを記入した者のみが記入すること。)			
(11) 就 業 形 態	1・2いずれかを○で囲むこと。 1 常勤 2 非常勤		
(12) 主 たる 業 務 内 容	最も長時間従事している業務内容の番号を○で囲むこと。 1 診療 2 教育・研究 3 管理 4 産業医業務 5 その他		
(13) 休 業 の 取 得	以下を取得中の者は番号を○で囲むこと。 1 産前・産後休業 2 育児休業 3 介護休業		

裏面へ続く

(14) 従 事 す る 診 療 科 名 等	(7)欄の「主たる施設・業務の種類」に01～07のいずれかを記入した者のみが記入すること。)				
従事するすべての診療科名の番号を○で囲むこと。 また、2つ以上○で囲んだ者は右欄に主たる診療科名の番号を1つ記入すること。 臨床研修医の場合、「40 臨床研修医」のみを○で囲むこと。 該当する診療科名がない場合、最も近い診療科名の番号を○で囲むこと。	I	01 内科	02 呼吸器内科	03 循環器内科	
		04 消化器内科(胃腸内科)	05 腎臓内科	06 神経内科	
		07 糖尿病内科(代謝内科)	08 血液内科	09 皮膚科	
		10 アレルギー科	11 リウマチ科	12 感染症内科	
		13 小児科	14 精神科	15 心療内科	
II	16 外科	17 呼吸器外科	18 心臓血管外科		
	19 乳腺外科	20 気管食道外科	21 消化器外科(胃腸外科)		
	22 泌尿器科	23 肛門外科	24 脳神経外科		
	25 整形外科	26 形成外科	27 美容外科		
	28 眼科	29 耳鼻咽喉科	30 小児外科		
III	31 産婦人科	32 産科	33 婦人科		
	34 リハビリテーション科	35 放射線科	36 麻酔科		
IV	37 病理診断科	38 臨床検査科	39 救急科		
	40 臨床研修医	41 全科			
V	42 その他 ()				
(15) 取得している広告可能な医師の専門性及び麻酔科の標榜資格	I	01 総合内科専門医	02 小児科専門医	03 皮膚科専門医	
		04 精神科専門医	05 外科専門医	06 整形外科専門医	
		07 産婦人科専門医	08 眼科専門医	09 耳鼻咽喉科専門医	
		10 泌尿器科専門医	11 脳神経外科専門医	12 放射線科専門医	
		13 麻酔科専門医	14 病理専門医	15 救急科専門医	
II	16 形成外科専門医	17 リハビリテーション科専門医			
	18 呼吸器専門医	19 循環器専門医	20 消化器病専門医		
	21 腎臓専門医	22 肝臓専門医	23 神経内科専門医		
	24 糖尿病専門医	25 内分泌代謝科専門医	26 血液専門医		
	27 アレルギー専門医	28 リウマチ専門医	29 感染症専門医		
III	30 心療内科専門医				
	31 呼吸器外科専門医	32 心臓血管外科専門医	33 乳腺専門医		
	34 気管食道科専門医	35 消化器外科専門医	36 小児外科専門医		
	37 超音波専門医	38 細胞診専門医	39 透視専門医		
	40 老年病専門医	41 消化器内視鏡専門医	42 臨床遺伝専門医		
IV	43 漢方専門医	44 レーザー専門医	45 気管支鏡専門医		
	46 核医学専門医	47 大腸肛門病専門医	48 婦人科腫瘍専門医		
	49 ベイッククリニック専門医	50 熱傷専門医	51 脳血管内治療専門医		
	52 がん薬物療法専門医	53 周産期(新生児)専門医	54 生殖医療専門医		
	55 小児神経専門医	56 一般病院連携精神医学専門医			
(16) 分娩の取扱いの有無	過去2年以内での分娩取扱いの実績について、1・2いずれかを○で囲むこと。 1 分娩の取扱いあり 2 分娩の取扱いなし				
(17) 医師免許取得の際に医学課程を修めた大学名等	国立	01 北海道大学	02 旭川医科大学	03 弘前大学	04 東北大学
		05 秋田大学	06 山形大学	07 筑波大学	08 群馬大学
		09 千葉大学	10 東京大学	11 東京医科歯科大学	12 新潟大学
		13 富山大学	14 金沢大学	15 福井大学	16 山梨大学
		17 信州大学	18 岐阜大学	19 浜松医科大学	20 名古屋大学
公立	21 三重大学	22 滋賀医科大学	23 京都大学	24 大阪大学	
	25 神戸大学	26 鳥取大学	27 島根大学	28 岡山大学	
	29 広島大学	30 山口大学	31 徳島大学	32 香川大学	
	33 愛媛大学	34 高知大学	35 九州大学	36 佐賀大学	
	37 長崎大学	38 熊本大学	39 大分大学	40 宮崎大学	
私立・大学校・外国医学校、その他	41 鹿児島大学	42 琉球大学			
	43 札幌医科大学	44 福島県立医科大学	45 横浜市立大学	46 名古屋市立大学	
	47 京都府立医科大学	48 大阪市立大学	49 奈良県立医科大学	50 和歌山県立医科大学	
	51 岩手医科大学	52 自治医科大学	53 獨協医科大学	54 埼玉医科大学	
	55 杏林大学	56 慶應義塾大学	57 順天堂大学	58 昭和大学	
私立・大学校・外国医学校、その他	59 帝京大学	60 東京医科大学	61 東京慈恵会医科大学	62 東京女子医科大学	
	63 東邦大学	64 日本大学	65 日本医科大学	66 北里大学	
	67 東海大学	68 聖マリアンナ医科大学	69 金沢医科大学	70 愛知医科大学	
	71 藤田保健衛生大学	72 大阪医科大学	73 関西医科大学	74 近畿大学	
	75 兵庫医科大学	76 川崎医科大学	77 久留米大学	78 福岡大学	
79 産業医科大学	80 防衛医科大学校	81 外国の医学校	82 その他		
医学課程を修めた外国の医学校のある国	((17)欄の81を○で囲んだ者のみが記入すること。)				
医学校のある国の番号を1つ○で囲むこと。	1 英国	2 オーストラリア	3 韓国	4 中国	5 ハンガリー
	6 ブラジル	7 米国	8 ルーマニア	9 その他 ()	
(18) 出 身 地	(あなたが高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県(出身地)を記入すること。 外国の場合は「外国」を○で囲むこと。)				
(19) 本 届 出 票 の 活 用 に 対 す る 確 認	各都道府県における医師確保対策の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに 同意しない場合 には、右欄に○を付けること。				都 道 府 県 同意しない場合
(20) 備 考					

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証申請書

医 籍 登録番号	第								号	医籍登録 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和							年					月					日
-------------	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---------------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日										修了年月日																		
平 成 令 和										平 成 令 和																		

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名																											

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 籍 (国 籍)	都 道 府 県
----------------	------------

郵便番号	—	電話番号	()
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県
-----	------------

ふ り が な	(氏)	(名)	印	性 別	男
氏 名					女
通 称 名					

生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和									年					月					日
---------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---

厚生労働大臣

殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 記名押印に代えて、署名することができる。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証書換交付申請書

医 籍 登録番号	第						号	医籍登録 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和				年			月			日
								再教育研修修 了登録年月日	平 成 令 和				年			月			日

変更を生じた事項

	変 更 前				変 更 後 (第 1 回)				変 更 後 (第 2 回)						
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県				都 道 府 県				都 道 府 県						
ふりがな	(氏)	(名)			(氏)	(名)			(氏)	(名)					
氏 名															
通 称 名															
性 別	男 ・ 女				男 ・ 女				男 ・ 女						
生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和			年	大 正 昭 和 平 成 令 和			年				月			日

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	()												
住 所	都 道 府 県														
氏 名		印		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和					年			月		日

厚 生 労 働 大 臣

殿

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
4 記名押印に代えて、署名することができる。
5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証再交付申請書

医 籍 登録 番号	第						号	医籍登録 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和				年			月			日
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県							再教育研修修 了登録年月日	平 成 令 和				年			月			日

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和							年			月			日
---------	--------------------------	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

上記の再教育研修修了登録証を(破つた ・ 汚した ・ 失つた)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	電話番号	()
住 所	都 道 府 県	
氏 名		印

厚生労働大臣

殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
 - 記名押印に代えて、署名することができる。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

記入の注意

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、昼の12時は「午後0時」と書いてください。

「5老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

死亡したところの種別で「3介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称が続いて、介護医療院、介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。

I 欄では、各傷病について発病の型（例：急性）、病因（例：病原体名）、部位（例：胃噴門部がん）、性状（例：病理組織型）等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後満何日」と書いてください。

I 欄及びII 欄に關係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。

「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういう状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。

第三号書式中「**氏名**」を「**姓名**」に改める。
第四号書式を次のように改める。
第四号書式（第十九条の四関係）

氏 名	1男 2女		生年月日	明治 昭和 年 月 日 大正 平成 令和 〔生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください〕	午前・午後 時 分
死亡したとき	令和 年 月 日 午前・午後 時 分				
死亡したところ及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3介護医療院・介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他			
	死亡したところ	番 地 番 号			
	(死亡したところの種別1～5) 施 設 の 名 称				
死 亡 の 原 因	I	(ア)直接死因	発病（発症）又は受傷から死亡までの期間		
		(イ)(ア)の原因	◆年、月、日等の単位で書いてください		
		(ウ)(イ)の原因	ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください		
		(エ)(ウ)の原因	(例：1年3ヵ月、5時間20分)		
	II	直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等			
		手術	1無 2有	部位及び主要所見	手術年月日
死 因 の 種 類	解剖	1無 2有	主要所見		
	1 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 } その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 } 12 不詳の死				
外 因 死 の 追 加 事 項	傷害が発生したとき	令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分	傷害が発生したところ	都道府県	
	傷害が発生したところの種別	1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 ()		市 郡 区 町 村	
	手段及び状況				
生 後 1 年 未 満 で 病 死 した 場合 の 追 加 事 項	出生時体重	グラム	単胎・多胎の別	妊娠週数	満 週
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異状	1単胎 2多胎 (子中第 子)	母の生年月日	前回までの妊娠の結果	出生児 人 死産児 胎
	1無 2有	3不詳	昭和 平成 令和 年 月 日	(妊娠満22週以後に限る)	
その他特に付言すべきことがら					
上記のとおり診断（検案）する 診断（検案）年月日 令和 年 月 日 本診断書（検案書）発行年月日 令和 年 月 日 〔 病院、診療所、介護医療院若しくは介護老人保健施設等の名称及び所在地又は医師の住所 〕 番地 番 号 (氏名) 医師 印					

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)



第十條 (歯科医師法施行規則の一部改正)
第一号書式から第二号の四書式までを次のように改める。
第一号書式 (第一号の三関係)

歯 科 医 師 免 許 申 請 書

平成		年		月	施行	第		回	歯科医師国家試験合格	受験地		受験番号							
----	--	---	--	---	----	---	--	---	------------	-----	--	------	--	--	--	--	--	--	--

1～5の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 成年被後見人又は被保佐人の該当の有無。

有・無

2. 罰金以上の刑に処せられたことの有無。(有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日)

有・無

3. 医事に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

4. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

5. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、歯科医師免許を申請します。

____年____月____日

本 籍 (国 籍)	都 道 府 県
----------------	---------

住 所	〒 都 道 府 県
-----	-----------

電 話	()
-----	-----

ふ り が な	(氏)	(名)	印
氏 名			
	(旧姓)		
通 称 名			

性 別	男
	女

生 年 月 日	昭 和 平 成 西 暦	年	月	日
---------	-------------	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県 コード	

(令和 年12月31日現在)

(1) 住所	〒 □□□□ — □□□□ 都府道県		
ふりがな		電 話	
(2) 氏名	(— —)		
(3) 性別	1 男 ・ 2 女	(4) 生 年 月 日 1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 5 明治 年 月 日	
(5) 歯科医籍登録番号	第 □□□□□□ □□□□□□ 号	(6) 歯科医籍登録年月日 1 令和 2 平成 3 昭和 4 大正 年 月 日	
(7) 従事している施設及び業務の種別			
回答欄	施設の種別	業 務 の 種 別	
01～18のうち1つを記入すること。 主たる施設・業務の種別（1つ） 複数の施設に従事している場合で2番目に長時間従事している施設について01～17のうち1つを記入すること。 従たる施設・業務の種別（1つ）	診療所	01 開設者又は法人の代表者 02 勤務者	
	病院 (医育機関附属の病院を除く。)	03 開設者又は法人の代表者 04 勤務者	
	医育機関 (歯学部若しくは医学部を有する大学又はその附属機関)	05 臨床系の教官又は教員 06 臨床系の大学院生 07 臨床系の勤務者で05及び06以外の者（医員、臨床研修医、その他） 08 臨床系以外の大学院生 09 臨床系以外の勤務者で08以外の者（教官、教員、その他）	
	介護老人保健施設	10 開設者又は法人の代表者 11 勤務者	
	介護医療院	12 開設者又は法人の代表者 13 勤務者	
	上記以外の施設	14 医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者 15 行政機関の従事者 16 上記以外の保健衛生業務の従事者	
	その他	17 その他の業務の従事者 18 無職の者	
	(8) 主たる従事先（(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～16のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。）		
	ふりがな		電 話
	名 称		代表電話 (— —)
所 在 地 所在地と(1)住所が 同じ場合は☑し 記入は不要。	(1)住所と同じ 〒 □□□□ — □□□□ 都道府県 市区町村		
(9) 従たる従事先（複数の施設に従事している場合、(7)欄の「従たる施設・業務の種別」に01～16のいずれかを記入した場合の従事先について記入すること。）			
ふりがな		電 話	
名 称		代表電話 (— —)	
所 在 地 所在地と(1)住所が 同じ場合は☑し 記入は不要。	(1)住所と同じ 〒 □□□□ — □□□□ 都道府県 市区町村		
主たる従事先の状況 (以下の(10)～(12)欄は、(7)欄の「主たる施設・業務の種別」に01～05、07及び09～16のいずれかを記入した者のみが記入すること。)			
(10) 就 業 形 態	1・2いずれかを○で囲むこと。 1 常勤 2 非常勤	※「常勤」とは原則として施設で定めた勤務時間のすべてを勤務している者（ただし、勤務時間が1週間あたり32時間未満の者は含まない）。「非常勤」とは「常勤」以外の者。	
(11) 主たる業務内容	最も長時間従事している業務内容の番号を○で囲むこと。 1 診療 2 教育・研究 3 管理 4 その他		
(12) 休 業 の 取 得	以下を取得中の者は番号を○で囲むこと。 1 産前・産後休業 2 育児休業 3 介護休業		

裏面へ続く

(13) 従 事 す る 診 療 科 名 等	(7) 欄の「主たる施設・業務の種別」に01～07のいずれかを記入した者のみが記入すること。)			
従事するすべての診療科名の番号を○で囲むこと。 また、2つ以上○で囲んだ者は右欄に主たる診療科名の番号を1つ記入すること。	1 歯科 2 矯正歯科 3 小児歯科 4 歯科口腔外科 5 臨床研修歯科医 臨床研修歯科医の場合、「5 臨床研修歯科医」のみを○で囲むこと。	<table><tr><td>主たる診療科名の番号(1つ)</td></tr><tr><td> </td></tr></table>	主たる診療科名の番号(1つ)	
主たる診療科名の番号(1つ)				
(14) 取得している広告可能な歯科医師の専門性に関する資格名	医療法に基づいて広告することが可能とされている歯科医師の専門性に関する資格を指す。資格は更新制であるため、現時点で資格を取得しているかどうかを確認の上記入すること。なお、「認定医」は広告可能な資格ではないことに留意すること。			
取得しているすべての資格名の番号を○で囲むこと。	1 口腔外科専門医 2 歯周病専門医 3 歯科麻酔専門医 4 小児歯科専門医 5 歯科放射線専門医			
(15) 本届出票の活用に対する確認	各都道府県における歯科医師の適正配置の検討等に活用するため、本届出票に記載した情報の全部又は一部を、住所地の都道府県及び従事先の所在地の都道府県が利用することに同意しない場合には、右欄に○を付けること。	<table><tr><td>同意しない場合</td></tr><tr><td> </td></tr></table>	同意しない場合	
同意しない場合				
(16) 備 考				

提出期限 翌年1月15日

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証申請書

歯科医籍 登録番号	第								号	歯科医籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和						年				月				日
--------------	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---------------	----------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

1 再教育研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日										修了年月日															
平成 令和								年									月								日

2 個別研修に係る再教育命令を受けた者にあつては、助言指導者の氏名

助言指導者の氏名																							

上記により、再教育研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 籍 (国 籍)	都 道 府 県
----------------	------------

郵便番号	—	電話番号	()
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県
-----	------------

ふ り が な	(氏)	(名)	印	性 別	男
氏 名					女
通 称 名					

生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和									年				月				日
---------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	---

厚生労働大臣

殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
 - 記名押印に代えて、署名することができる。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証書換交付申請書

歯科医籍 登録番号	第					号	歯科医籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和			年			月			日
							再教育研修修了 登録年月日	平成 令和			年			月			日

変更を生じた事項

	変 更 前						変 更 後 (第 1 回)						変 更 後 (第 2 回)					
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県						都 道 府 県						都 道 府 県					
ふりがな	(氏)	(名)					(氏)	(名)					(氏)	(名)				
氏 名																		
通 称 名																		
性 別	男 ・ 女						男 ・ 女						男 ・ 女					
生 年 月 日	大 正 昭 和 平 成 令 和					年	大 正 昭 和 平 成 令 和					年				月		日

上記により、再教育研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	—	電話番号	()																	
住 所	都 道 府 県																			
氏 名							印		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和						年		月		日

厚生労働大臣

殿

- (注意) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンをを用い、かい書ではっきり記入すること。
4 記名押印に代えて、署名することができる。
5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 登録番号	
※ 登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

再教育研修修了登録証再交付申請書

歯科医籍 登録番号	第					号	歯科医籍 登録年月日	大正 昭和 平成 令和					年			月			日
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県						再教育研修修 了登録年月日	平 成 令 和					年			月			日

ふりがな	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和								年				月			日
---------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

上記の再教育研修修了登録証を(破つた ・ 汚した ・ 失つた)ので、再教育研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	電話番号	()
住 所	都 道 府 県	
氏 名		印

厚生労働大臣 殿

- (注意)
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
 - 記名押印に代えて、署名することができる。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

死亡診断書

この死亡診断書は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。楷書で、できるだけ詳しく書いてください。

氏 名	1男 2女	生年月日	明治 昭和 大正 平成 令和 年 月 日 〔生まれてから30日以内に死亡したときは生まれた時刻も書いてください〕	午前・午後 時 分
死 亡 し た と き	令和 年 月 日	午前・午後 時 分		
死 亡 し た と ころ 及 び そ の 種 別	死亡したところの種別 1病院 2診療所 3介護医療院・介護老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他	番 地 番 号 ()		
死 亡 の 原 因	I (ア)直接死因 (イ)(ア)の原因 (ウ)(イ)の原因 (エ)(ウ)の原因 II 直接には死因に関係しないがI欄の傷病経過に影響を及ぼした傷病名等	発病（発症）又は受傷から死亡までの期間 ◆年、月、日等の単位で書いてください ただし、1日未満の場合は、時、分等の単位で書いてください (例：1年3ヵ月、5時間20分)		
◆I欄、II欄ともに疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください ◆I欄では、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順番で書いてください ◆I欄の傷病名の記載は各欄一つにしてください ただし、欄が不足する場合は(エ)欄に余りを医学的因果関係の順番で書いてください	手術 1無 2有 解剖 1無 2有	部位及び主要所見 主要所見	手術年月日 令和 平成 年 月 日 昭和	
死 因 の 種 類	1 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 { 2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他 } その他及び不詳の外因死 { 9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳の外因 } 12 不詳の死			
外 因 死 の 追 加 事 項 ◆伝聞又は推定情報の場合でも書いてください	傷害が発生したとき 令和・平成・昭和 年 月 日 午前・午後 時 分 傷害が発生したところの種別 1住居 2工場及び建築現場 3道路 4その他 () 手段及び状況	傷害が発生したところ	都道府県 市区町村	
生 後 1 年 未 満 で 病 死 し た 場 合 の 追 加 事 項	出生時体重 グラム 単胎・多胎の別 1単胎 2多胎 (子中第 子) 妊娠週数 満 週 妊娠・分娩時における母体の病態又は異状 母の生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日 前回の妊娠の結果 出生児 人 死産児 胎 (妊娠満22週以後に限る)			
その他特に付言すべきことから				
上記のとおり診断する 診断年月日 令和 年 月 日 本診断書発行年月日 令和 年 月 日 番地 番 号 (氏名) 歯科医師 印				

記入の注意

生年月日が不詳の場合は、推定年齢をカッコを付して書いてください。

夜の12時は「午前0時」、星の12時は「午後0時」と書いてください。

「5老人ホーム」は、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

死亡したところの種別で「3 介護医療院・介護老人保健施設」を選択した場合は、施設の名称に続けて、介護医療院、介護老人保健施設の別をカッコ内に書いてください。

傷病名等は、日本語で書いてください。
I 欄では、各傷病について発病の型（例：急性）、病因（例：病原体名）、部位（例：胃噴門部がん）、性状（例：病理組織型）等もできるだけ書いてください。

妊娠中の死亡の場合は「妊娠満何週」、また、分娩中の死亡の場合は「妊娠満何週の分娩中」と書いてください。
産後42日未満の死亡の場合は「妊娠満何週産後何日」と書いてください。

I 欄及びII 欄に關係した手術について、術式又はその診断名と関連のある所見等を書いてください。紹介状や伝聞等による情報についてもカッコを付して書いてください。

「2交通事故」は、事故発生からの期間にかかわらず、その事故による死亡が該当します。

「5煙、火災及び火焰による傷害」は、火災による一酸化炭素中毒、窒息等も含まれます。

「1住居」とは、住宅、庭等をいい、老人ホーム等の居住施設は含まれません。

傷害がどういう状況で起こったかを具体的に書いてください。

妊娠週数は、最終月経、基礎体温、超音波計測等により推定し、できるだけ正確に書いてください。

母子健康手帳等を参考に書いてください。

第三号書式中「**〔書式〕**」を「**〔書式〕**」に改める。
第四号書式を次のように改める。
第四号書式（第十九条の四関係）

(医療法施行規則の一部改正)
第十一条 医療法施行規則（昭和二十三年厚生省令第五十号）の一部を次のように改正する。
別記様式第一から別記様式第一の三までを次のように改める。
別記様式第一（第十二条関係）

病 院 報 告

令和 ____ 年 ____ 月 分

都道府県名 _____

施 設 名 _____

保 健 所 名 _____

所 在 地 _____

※ 保 健 所 符 号				
----------------	--	--	--	--

※ 整 理 番 号									
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

区 分	在 院 患 者 数	月 末 在 院 数	新 入 者 院 数	同一医療機関内の他の種別の病床から移された患者数	退 院 者 院 数	同一医療機関内の他の種別の病床へ移された患者数
精 神 病 床	(1)					
感 染 症 病 床	(2)					
結 核 病 床	(3)					
療 養 病 床	(4)					
一 般 病 床	(5)					

区 分	在 院 患 者 数	月 末 在 院 数	新 入 者 院 数	同一医療機関内の介護療養病床以外（他の種別の病床を含む。）の病床から移された患者数	退 院 者 院 数	同一医療機関内の介護療養病床以外（他の種別の病床を含む。）の病床へ移された患者数	月 病 床 数
介 護 療 養 病 床	(6)						

外 来 患 者 延 数						
-------------	--	--	--	--	--	--

備 考	
-----	--

注：1 ※印は保健所で記入すること。
2 「介護療養病床」とは、療養病床のうち、健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）附則第130条の2第1項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法第48条第1項第3号に規定する指定介護療養型医療施設に係る病床をいうものであり、「介護療養病床」（6）欄には、「療養病床」（4）欄のうち介護療養病床を利用する患者に係る数値を記入すること。
3 療養病床を有する診療所については、当該療養病床に関して「療養病床」（4）欄に、介護療養病床を有する場合は当該介護療養病床に関して「介護療養病床」（6）欄に記入すること。

別記様式第一の二(第三十条の三十六の三関係)

救急医療等確保事業に係る業務の継続的な実施に関する計画

1. 救急医療等確保事業に係る業務

(1) 救急医療等確保事業に係る業務を継続的に実施する趣旨

(2) 救急医療等確保事業に係る業務の実施内容

(3) 実施期間中に整備される救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の取得価額の見積額の合計額(※) : _____円

(4) 実施期間中に整備される救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の詳細

整備される施設及び設備の内容	取得価額の見積額
	円
	円
	円
	円
	円
	合計額(※) 円

(5) 救急医療等確保事業に係る業務の実施期間 : 令和 年 月 日から令和 年 月 日までの期間(年)

(記載上の注意事項)

- 1. (2)「救急医療等確保事業に係る業務の実施内容」には、実施する事業の別、実施する医療機関名などを記載すること。
- 1. (3)の(※)は、1. (4)の(※)と一致させること。
- 1. (4)「整備される施設及び設備の内容」欄には、1. (2)に記載した救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備であり、かつ、1. (5)に記載した実施期間内に確実に整備されると見込まれるものの内容を記載すること。
- 1. (4)「取得価額の見積額」欄には、添付書類「整備される施設及び設備の取得価額の見積額に係る見積書等(写し)の証拠書類」で確認可能な事業費を記載すること。
- 1. (5)「救急医療等確保事業に係る業務の実施期間」は、事業開始日(予定日)を起算日として、12年(救急医療等確保事業に係る業務を実施する病院又は診療所の所在地を含む区域における救急医療等確保事業の実施主体が著しく不足している場合その他特別の事情があると都道府県知事が認めるときは、18年)以内とすること。

2. 収益業務

(1) 収益業務の実施内容

(2) 収益業務の実施期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日までの期間(年)

(記載上の注意事項)

○2. (1)の収益業務の実施内容については、目的及び単年度の収益見込みを記載すること。

○2. (2)の収益業務の実施期間は、1. (5)の実施期間と同一にすること。

添付書類

1. 整備される施設及び設備の取得価額の見積額に係る見積書等(写し)の証拠書類
2. 平成20年3月31日医政発第0331008号厚生労働省医政局長通知「社会医療法人の認定について」第3の1(1)①の「社会医療法人の認定申請等関係書類」のうち当該医療法人が法第42条の2第1項第1号から第6号まで(第5号ハを除く。)に掲げる要件に該当することを証する書類
3. 定款又は寄附行為の写し

別記様式第一の三(第三十条の三十六の九関係)

救急医療等確保事業に係る業務の継続的な実施に関する計画の
実施状況報告書

令和 年 月 日

主たる事務所の所在地

医療法人

会

理事長

印

1. 計画

(1) 救急医療等確保事業に係る業務

①救急医療等確保事業に係る業務を継続的に実施する趣旨

②救急医療等確保事業に係る業務の実施内容

③実施期間中に整備される救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の取得価額の見積額の合計額(※) : _____円

④実施期間中に整備される救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の詳細

整備される施設及び設備の内容	取得価額の見積額
	円
	円
	円
	円
	円
	合計額(※) 円

⑤救急医療等確保事業に係る業務の実施期間 : 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日までの期間
(年)

(2) 収益業務

①収益業務の実施内容

②収益業務の実施期間 : 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日までの期間(年)

(記載上の注意事項)

○都道府県知事の認定を受けた「救急医療等確保事業に係る業務の継続的な実施に関する計画」より転記すること。

2. 実績

(1) 救急医療等確保事業に係る業務の実施状況

事業の別	病院等名称	実績(件数等)

(2) 実施期間中に整備された救急医療等確保事業に係る業務の実施に必要な施設及び設備の状況

(単位：円)

項 目		実施期間					
		平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)	平成・令和 年度 (年月日 ～ 年月日)
各施設及び 設備の内容 ・取得価額							
取得価額の合計額 (A)							
取得価額の累計額							
取得価額の見積額の合計 額又は前期の(C) (B)							
取得未済残額 (B-A) (C)							

(記載上の注意事項)

○「各施設及び設備の内容・取得価額」欄には、1. (1)④の「整備される施設及び設備の内容」及び「その施設及び設備ごとの取得価額」を記載すること。

○毎年度、実施期間に係る全ての実績を記載すること。

(3) 収益業務の実施状況

①収益業務の実施内容

②経理の状況

・収益業務事業収益 _____ 千円
 ・収益業務事業費用 _____ 千円
 ・収益業務事業損益 _____ 千円

添付書類

- 平成20年3月31日医政発第0331008号厚生労働省医政局長通知「社会医療法人の認定について」第3の1(1)①の「社会医療法人の認定申請等関係書類」のうち当該医療法人が法第42条の2第1項第1号から第6号まで(第5号ハを除く。)に掲げる要件に該当することを証する書類(令第5条の5の5第2項の規定による場合を除く。)
- 整備された施設及び設備の取得価額に係る契約書、請求書、領収証等の証拠書類(写し)

別記様式第一の四中「**カ**」を「**キ**」に改める。
別記様式第二から別記様式第五まで中「**平成**」を「**令和**」に改める。
(身体障害者福祉法施行規則の一部改正)
第十二条 身体障害者福祉法施行規則(昭和二十五年厚生省令第十五号)の一部を次のように改正する。
別表第一号を次のように改める。

別表第一号(第一条の三関係)

判 定 書(自立支援医療(更生医療)・補装具)

第 号
令和 年 月 日

殿

身体障害者更生相談所長 

令和 年 月 日付けの依頼については下記のとおり判定する。

記

氏 名	男女	明治 大正 年 月 日生(歳) 昭和 平成 令和		
居 住 地	県	区 市 郡	町 村	丁目 番 号 方
判 定 年 月 日	令和 年 月 日			
障 害 名		程 度	級	
総 合 判 定				

第十三条 (別表第二号及び別表第六号中「**表**」を「**表**」に改める。
(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部改正)
別記様式第一号(表面)中「**表**」を「**表**」に改める。
別記様式第二号(表面)及び別記様式第四号(表面)中「**平成**」を「**令和**」に改める。

医 学 的 判 定	障 害 状 況		
	意 見		
自 立 支 援 医 療 (更 生 医 療)	1	具体的内容	
	2	治療効果見込み	
	3	術後の等級(級)	
	4	医療費概算額 円	
補 装 具	1	名称(購入・借受 けの別)又は修理項 目及び種目名称別コ ード	4 処方(図示) (注:借受けが必要な場合はその理由も明確に記載)
	2	使用効果見込み (注:借受けが必要 な場合は借受け期間 も記載)	
	3	概 算 額 円	

厚生労働省記入欄	登録番号	
	登録年月日	

収入印紙欄 (収入印紙は消印しないで下さい)

ホチキス位置

第十四条 診療放射線技師法施行規則の一部改正
第一号書式及び第一号書式の二を次のように改める。
第一号書式(第一条の三関係)(診療放射線技師法施行規則の一部改正)
第十四条 診療放射線技師法施行規則(昭和二十六年厚生省令第三十三号)の一部を次のように改正する。

診療放射線技師免許申請書

平成		年		月	施行	第		回診療放射線技師国家試験合格	受験地		受験番号								
----	--	---	--	---	----	---	--	----------------	-----	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--

1 ～ 3 の有無について必ず該当するどちらかを○で囲むこと。

1. 診療放射線技師の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。(有の場合、違反の事実及び年月日)

有・無

2. 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。(有の場合、出願時の本籍又は氏名)

有・無

3. 旧姓併記の希望の有無。

有・無

上記により、診療放射線技師免許を申請します。

____年____月____日

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

住所	〒	都道府県
電話	()	

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏名			
	(旧姓)		
通称名			

性別	男
	女

生年月日	昭和	平成	西暦	年	月	日
------	----	----	----	---	---	---

厚生労働大臣 殿

厚生労働省の受付印	都道府県の受付印	保健所の受付印
	都道府県コード	