

> 1

職員NO. _____

令和 年 月 日

地域医療機能推進機構理事長 殿

個人番号の提供について

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に定める「個人番号」等を以下のとおり提供します。

※該当する事項に○を付けてください

(1) 職員本人

(2) 職員の扶養親族

【扶養家族の氏名】

氏名	確認	氏名	確認

※ 氏名欄に扶養家族の氏名を記載してください

※ 確認欄は、個人番号事務取扱者が提出の有無等にチェック印等を付してください

(3) 国民年金の第3号被保険者の届出事務時に係る委任状

令和 年 月 日

氏名 _____

給与支給明細書等電磁的交付同意書

独立行政法人地域医療機能推進機構

徳山中央病院長 沼 文隆 殿

給与支給明細書等の電磁的交付について、下記の内容に同意します。

1. 対象職員

JCHOメールアドレスを所有する職員（常勤・非常勤・任期付・再雇用）

2. 電子交付の対象書類

給与支給明細書・賞与支給明細書・給与所得の源泉徴収票・その他給与関係のお知らせ等

3. 交付方法

給与支給明細書等の電子メール送信については、JCHOメールのアドレス宛に暗号化されたPDFファイルを添付して送信します（開封パスワードの初期設定は、10桁の職員番号）。

なお、JCHOメールについては、院内情報端末のほか、Out look Web App(OWA)の設定により、各職員が所有する情報端末（スマートフォン等）において確認が可能となります。

※ 受診先はJCHOメールアドレスに限定します。

4. 交付予定日

給与支給明細書 毎月 給与支給日に交付

賞与支給明細書 賞与支給日に交付

給与所得の源泉徴収票 毎年12月又は1月

令和 年 月 日

職員番号

所属

氏名