

令和8年度 横浜市健康福祉局会計年度任用職員（日額職）

募集案内

（医療援助課事務補助業務：ひとり親家庭等医療費助成事業）

【令和8年8月1日採用 1名】

受付期間（必着）

令和8年6月19日（金）から令和8年6月25日（木）まで

1 募集職種、採用予定人数

採用職種	健康福祉局会計年度任用職員（医療援助課事務補助業務）
採用予定人数	1名

※勤務条件等については、「5 勤務条件等」を確認してください。

2 主な業務内容

ひとり親家庭等医療費助成事業の証更新等に関する事務補助業務

- 1 各種帳票等の発送および整理業務
- 2 電話取次ぎ
- 3 ひとり親家庭等医療費助成事業の証更新に係るその他事務補助
- 4 その他所属長が必要と認める業務

※ 大規模災害時の災害対応業務を含む（基本的に補助的な業務で時間内のみ）

3 受験資格

パソコンの基本操作（エクセル・ワードなどの入力、端末操作等）、市民対応（電話対応含む）ができること

※ 地方公務員法第16条の欠格事由に該当する場合は採用することができません。

欠格事由の内容については、会計年度任用職員申込書兼履歴書（第1号様式）を確認してください。

4 任用期間

令和8年8月1日（土）から令和9年3月31日（水）まで

※ 地方公務員法が適用されるため、条件付きでの採用となり、採用後の1月間の勤務日数が15日を満たさない場合は条件付き採用期間が延長される場合があります。

5 勤務条件等

勤務日	月・火・木・金曜日 (水・土・日曜、祝日及び閉庁日を除く)
勤務場所	健康福祉局医療援助課
勤務時間	午前9時00分から午後5時00分まで (休憩：正午から午後1時00分まで)
休暇	横浜市会計年度任用職員の勤務時間、 休暇等に関する規則のとおり
報酬額	日額 10,248円 (時給1,464円×7時間勤務)
期末・勤勉手当	あり
通勤手当相当分	あり
社会保険	あり
健康診断	あり

※その他勤務条件等は横浜市会計年度任用職員の給与及び費用弁償に関する条例等の関連規定に基づきます。

※令和8年6月時点での予定です。法令の改正等により変更となる場合があります。変更となる場合は最終合格者に対しお知らせします。

6 選考方法、日程、及び結果通知

選考方法		日程等	結果通知
第1次選考	書類選考	申込書類による選考 令和8年6月19日（金）から 令和8年6月25日（木）まで（必着）	第1次選考受験者全員に対し、郵送により結果を通知します。 また、合格者へ第2次選考の日時及び場所を通知します。
第2次選考	面接	面接による選考 令和8年7月6日（月）予定	第2次選考受験者全員に対し、郵送により結果を通知します。

※電話やメール等による可否の問い合わせに関しては一切応じません。

※第2次選考を受験しなかった場合は辞退とみなし、結果の通知も行いません。

7 申込書類の提出について

- (1) 横浜市電子申請・届出システムの会計年度任用職員募集申込（医療援助課事務補助業務：ひとり親家庭等医療費助成事業）から6月25日（木）中に申込を完了してください。それ以外の方法（持参やメール送付など）での提出は受付しません。

【申請先アドレス】

<https://shinsei.city.yokohama.lg.jp/cu/141003/ea/residents/procedures/apply/39d44d2b-3ad8-431f-ae28-99e4ca9f4e19/start>

※ 入力には個人 ID を作成する必要があります。横浜市の電子申請システム用の ID をお持ちでない方は作成をお願いします。

- (2) 会計年度任用職員申込書兼履歴書（第1号様式）はフォームにしたがって入力してください。

ア 証明用写真は画像データをアップロードしてください。

（カラー、3か月以内に撮影、正面向、無帽、スナップ写真は不可）。

イ 連絡先の電話番号は平日の日中に連絡が取れるものを入力してください。

ウ 「学歴・職歴」欄は中学校卒業以降の経歴を入力してください。中退についても入力してください。また、職歴は現在就業中のものから直近の5つまで入力してください。なお、行政機関での勤務経験がある場合は直近以外のものでも入力してください。

エ 「志望動機」はできるだけ具体的に入力してください。

オ 「欠格事由に関する申告」について、欠格事由に該当しない場合は、チェックをしてください。なお、欠格事由に該当する場合は採用することができません。

- (3) 作文は300文字以内で次の内容について、記載してください。

「あなたが業務を行う上で大切にしていること」

提出方法は、当募集の web サイトにアップされている WORD 様式に記入（または WORD

様式に自筆で記入し、スキャニングしデータ化)し、横浜市電子申請・届出システムの会計年度任用職員募集申込(医療援助課事務補助業務:ひとり親家庭等医療費助成事業)の添付書類でアップロードしてください。

8 採用

最終合格者は原則として、令和8年8月1日付で採用します。なお、令和8年7月31日までに採用にふさわしくない非違行為等があった場合には採用できません。申込書類等に虚偽の記載があった場合も同様です。

雇用後に健康診断を受診していただく場合があります。詳細については最終合格者に対しお知らせします。

9 その他

- (1) 関係のない書類(データ)は添付しないようご注意ください。
- (2) 本選考に際して市が収集する個人情報、採用選考及び採用に関する事務以外の目的への使用はしません。ただし、採用者の個人情報は、人事情報として使用します。
- (3) 選考会場までの交通費は、自己負担とします。

【問い合わせ先(申込書類送付先)】

〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10
横浜市健康福祉局医療援助課
二宮・増田
TEL 045-671-4115
FAX 045-664-0403

Mail kf-iryoenjo@city.yokohama.lg.jp