

令和7年度 横浜市健康福祉局会計年度任用職員（日額職）

（医療援助課事務補助業務：未熟児養育医療等事務補助）

募集案内

【令和7年8月1日採用 1名】

受付期間（必着）

令和7年7月3日（木）から令和7年7月9日（水）17時まで

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

- 1 養育医療の事務補助業務
- 2 更生医療、育成医療、小児慢性特定疾病の事務補助業務
- 3 医療援助課関連事務補助
- 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勤務時間内のみ）

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（電話応対含む）ができること。

※ 2020年以降地方自治体における公費負担医療関係事務の経験があることが望ましいです。

※ 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7年8月1日（金）から令和8年3月31日（火）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	火・水・木・金曜日 (月・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8時45分から午後5時15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10,320円（時給1,376円×7.5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7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7年7月3日（木）から 令和7年7月9日（水）17時まで（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7年7月15日（火）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) 申込書類として、会計年度任用職員申込書（第1号様式）および作文（選考用）を提出してください。
- (2) 会計年度任用職員申込書兼履歴書（第1号様式）の作成は、直筆でもパソコン入力でも可能ですが、直筆の場合は、黒ボールペンを使用してください。また、指定の様式以外は使用しないでください。
- (3) 訂正については誤りを二重線で消し、正しい内容を記入してください。訂正印は不要です。
- (4) 会計年度任用職員申込書（第1号様式）上部の「整理番号」及び下部の「備考」には何も記入しないでください。
- (5) 証明用写真を右上に貼ってください（縦4cm×横3cm、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）。
- (6) 連絡先の電話番号は平日の日中に連絡が取れるものを記入してください。
- (7) 「学歴・職歴」欄は中学校卒業以降の経歴を記入してください。職歴は現在就業中のものを含め、直近の3つまで記入してください。
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記入してください。公費負担医療の担当経験がある場合は担当した医療の名称を記入してください。
- (8) 「志望動機」はできるだけ具体的に記入してください。
- (9) 「欠格事由に関する申告」については、該当しない場合にレ印を記入してください。
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。
- (10) 作文は次の内容について、記載してください。
地方自治体における公費負担医療についてあなたの考えを教えてください(300文字以内)
- (11) 申込書類は簡易書留郵便等、送達の確認が取れる方法で提出してください（「会計年度任用職員申込書在中」と封筒表面に記載してください）。それ以外の方法（メール送付など）での提出は受付けることが出来ません。なお、送付先は本募集案内の問い合わせ先となります。

8 採用

最終合格者は原則として、令和7年8月1日付で採用します。なお、令和7年8月1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。

採用後に雇入時健康診断を受診していただきます。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) 本選考において提出された書類は一切返却しません。また、応募書類以外のものは提出しないでください。
- (2) 本選考に際して市が収集する個人情報は、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
菊川

TEL 045-671-4115

FAX 045-664-0403

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