仕　様　書（案）

１　業務内容等

１－１　件名

高額療養費の支給申請について（お知らせ）封入封緘等業務

１－２　業務内容及び件数

	作業名	件数
①	様式１「高額療養費の支給申請について（お知らせ)」の印刷 （ＰＤＦ） Ａ４片面　１色印刷 ＰＯＤ上質プリント５５kg	20,400 件
②	様式２「後期高齢者医療高額療養費支給申請書」の印刷 Ａ４片面　１色印刷 ＰＯＤ上質プリント５５kg	19,500 件
③	様式３「後期高齢者医療高額療養費支給申請書【記入例】」の印刷 Ａ４片面　３色オフセット印刷 ＰＯＤ上質プリント５５kg	19,500 件
④	様式４「受領申立書」の印刷 Ａ４片面　１色オフセット印刷　ＰＯＤ上質プリント 55 kg	900 件
⑤	様式５「受領申立書【記入例】」の印刷 Ａ４片面　３色オフセット印刷　ＰＯＤ上質プリント 55 kg	900 件
⑥	①、②、③、④、⑤の三つ折り業務	各件数
⑦	①、②、③の封入業務	19,500 件
	①、④、⑤の封入業務	900 件
⑧	⑦の封緘業務	20,400 件

１－３　引渡物

（１）１－２の①、②、③、④、⑤のデータ

（２）窓付き封筒

（３）高額療養費支給申請書発行簿、高額療養費支給申請書発行簿（死亡者）

１－４　納品物

（１）封入封緘された成果品

（２）封入封緘後に出た１－２の余剰印刷物

１－５　納入期限

毎月下旬に１－３の引渡物を受けてから、おおむね５営業日以内に、１－４の納品物を納入すること

１－６　受託条件

（１）受託者は、個人情報の取扱いを行う印字作業について、財団法人日本情報経済社会推進協会の認定するプライバシーマーク認証など、個人情報保護や対策を目的とした公的機関の認定・認証等の資格に関する写しを契約までの間に提出することとする。

（２）受託者は、本業務の履行に当たっては、青森県後期高齢者医療広域連合条例及び本業務に関係する法令を十分に遵守すること。

（３）受託者は、本業務の履行により知り得た業務の内容を一切第三者に漏らしてはならない。

（４）受託者は、委託者から提供を受けたデータ等については、契約期間終了まで厳重に保管し、業務の履行上不要となった時点で遅滞なく返還すること。

（５）受託者が、自ら作成したデータ等については、業務の履行上不要となった時点で、委託者の立会のもと、確実な方法をもって消去し、又は廃棄しなければならない。

（６）受託者は、本業務に関するデータ等を他の目的に使用してはならない。

（７）データ等の収受は、青森県後期高齢者医療広域連合事務局（青森市新町二丁目４番１号県共同ビル１階）にて行うものとする。

（８）受託者は、個人情報保護に細心の注意を払うこととし、情報の漏えい等が発生した場合は、直ちに漏えい等を防止する措置を講じるとともに、直ちにその状況を報告し、委託者の指示を受けるものとする。

１－７　その他

（１）受託者は、本仕様書に定めのない事項及び業務遂行上の疑義が生じた事項については、その都度、委託者と協議のうえ処理する。

（２）本業務は、数量については若干変動することがあるが、その場合の価格の見直しは行わないものとする。ただし、著しい変動がある場合においては、その都度、協議の上、価格の見直しを行うものとする。

（３）受託者は、本仕様書の内容及び本仕様書に明示のない項目について疑義があるときは、委託者と協議の上、業務を遂行するものとする。

（４）製品作成について特許等がある場合は、受託者がその責任を負うこととする。

（５）受託者は、条例、規則、関係法令等を十分に遵守すること。

（６）納入期限より前にテスト品の納品を必要とし、不備があった場合は合格までテストを行

うこととし、これに伴う費用は受託者が負担することとする。

２　業務手順

２－１　委託者の提供するデータ形式

（１）データの形式は、ＰＤＦファイル形式とする。提供するデータについて、委託者の指定する日時に毎月１回の頻度でデータの提供を行う。各月に未登録外字、及び桁あふれ分が生じる場合は別途データ提供する。

（２）使用するフォントについては、「ＫＡＪＯ＿Ｊ入力システム後期高齢者医療広域連合電算処理システム対応版」に含まれるフォントとする。

（３）提供する際の文字コードは、次のとおりとする。

ア　半角英数文字・カナ・・・エンコードＵＴＦ－８
イ　ひらがな・カナ　　・・・エンコードＵＴＦ－８
ウ　漢字（外字含む）　・・・エンコードＵＴＦ－８
※コード体系　　・・・ＵＣＳ２のコード領域を使用し、住基ネット統一文字コードに準じた体系

（４）外字については、Ｗｉｎｄｏｗｓの標準外字とし、住基ネット統一文字コードに準じた体系（21,039 文字）の範囲外となる外字について、私用領域（6,400 文字）に対し当広域連合がコード化したものを使用する。

（５）フォントデータの提供については、次のとおりとする。

ア　内字・・・住基ネット統一文字コードに準じた体系（21,039 文字）については、受託者において入手する。
イ　外字・・・上記範囲外となる私用領域（6,400 文字）については、委託者がコード化したものを提供する。

（６）出力する際の文字コードは、７、7.5、８、９、10、13 ポイントのゴシック体及び明朝体（ＪＥＦ基本辞書）を使用する。

２－２　印刷作業について

（１）帳票の印刷についてはプログラムを作成し、委託者が提供するデータから印刷する。

（２）様式１、様式２について、勧奨通知を行う必要最低限の分量のみ印刷を行い、原則として余剰の印刷物を保有しないこととする。

（３）作業中の破損、印刷ミス等その他業務上発生した廃棄物についてはすべて委託者の指定する方法で処理することとする。

（４）受託者は、「ＫＡＪＯ＿Ｊ入力システム後期高齢者医療広域連合電算処理システム対応版」に含まれるフォントに対応するために「ＫＡＪＯ＿Ｊ明朝フォントライセンス」を使用することとする。

２－３　封入封緘に関する作業内容

（１）印刷物は、三つ折りし、委託者が指定する封筒に封入封緘する。

（２）「高額療養費の支給申請について（お知らせ）」に「後期高齢者医療高額療養費支給申請

書」、「後期高齢者高額療養費支給申請書【記入例】」を同封する。
死亡者については、「高額療養費の支給申請について（お知らせ）」に「受領申立書」、「受領申立書【記入例】」を同封する。

（３）封入封緘された成果品は、高額療養費勧奨通知データ出力順（①郵便番号順（住所別）、②被保険者番号順）に並べ、50 通ずつ結束し、20 束（1,000 通）ずつ梱包することとする。

２－４　その他

成果品の搬入においては、個人情報の保護の重要性を認識し、漏えい、滅失及びき損の防止に努めるよう細心の注意を払うこととする。（運搬方法等の詳細については、別途協議する。）

別記

個人情報取扱特記事項

（基本的事項）

第１　乙は、個人情報（個人に関する情報であって、特定の個人を識別することができると認められるもの。以下同じ。）の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報の取扱いを適正に行わなければならない。

（秘密の保持）

第２　乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を他に漏らしてはならない。この契約が完了し、又は解除された後においても同様とする。

（収集の制限）

第３　乙は、この契約による業務を行うために個人情報を収集するときは、その業務の目的を明確にし、目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。

（適正管理）

第４　乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報について、漏えい、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適正な管理のために必要な措置を講じなければならない。

（目的外利用及び提供の禁止）

第５　乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を、契約の目的外に利用し、又は第三者に提供してはならない。ただし、甲の指示又は承諾がある場合は、この限りでない。

（複写又は複製の禁止）

第６　乙は、この契約による業務を行うため甲から提供を受けた個人情報が記録された資料等を複写し、又は複製してはならない。ただし、甲の承諾がある場合は、この限りでない。

（再委託の禁止）

第７　乙は、この契約による個人情報を取り扱う業務については、自ら行い、第三者に委託してはならない。ただし、甲の承諾がある場合は、この限りでない。

（資料等の返還）

第８　乙は、この契約による業務を行うため甲から提供を受け、又は甲自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、この契約の終了後直ちに甲に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときはその指示に従うものとする。

（従事者への周知）

第９　乙は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後においても当該業務に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせ、又は目的以外に使用してはならないこと等、個人情報の保護に関し必要な事項を周知させなければならない。

（調査）

第１０　甲は、乙がこの契約による業務を行うに当たり、取り扱っている個人情報の状況について、随時調査することができる。

（事故報告）

第１１　乙は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれのあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。

３２ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２Ｘ　2X年　2X月　2X日

保険者	8XXXXXXX
	１０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ １０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ １０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

８ＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ　（公印省略）
整理番号　13XXXXXXXXXX

高額療養費の支給申請について（お知らせ）

あなたの　２Ｘ　2X年　2X月 分の医療費は高額療養費の支給対象となっておりますので、申請書に必要事項を記入のうえ口座振込の手続きをされるようお知らせします。

記

１．被保険者番号　・・・・・・・　8XXXXXXX

２．氏　　名　　・・・・・・・　２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

３．申請日時　　・・・・・・・　２Ｘ　2X年　2X月　2X日（１）～　２Ｘ　2X年　2X月　2X日（１）
2X：2X ～　2X：2Xまで

４．申請書提出先市町村　・・・・　２１ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
（郵送等も可）　２１ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

指定日後の申請分は１ヶ月遅れの支給になりますので、期間内に申請して下さい（印もれ・記入もれのないよう注意して下さい）。
なお、郵送等で申請の方は到着日が申請日になりますので、ご了承下さい。「３．申請日時」初日から２年経過で受給権を失います。

５．持参するもの　・・・・　同封の申請書・被保険者証（返還した場合は不要）・印鑑（申請者と受領者が異なる場合）・通帳等（口座情報の記載のあるもの）、マイナンバーカードまたは通知カード及び運転免許証・住基カード・障害者手帳などの身元の分かるもの。

※郵送の場合は別紙の「記入例」を参照してください。

６．お願い　・・・・・・　○通帳の口座番号、名義人等は正しく記入し、もう一度確認して下さい。
○ご利用できる金融機関は、銀行、信用金庫、信用組合、ゆうちょ銀行、及び農業・漁業協同組合です。

◆問い合わせ先及び申請書提出先市町村窓口

２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
〒８ＸＸＸＸＸＸＸ
住　　所　２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
電話番号　16XXXXXXXXXXXX

１１６ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２５ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
１８ＸＸＸＸＸＸＸ
２　　Ｘ　２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
４ＸＸＸ　16XXXXXXXXXXXX

第９号様式

令和　　年　　月　　日

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

個 人 番 号					
被保険者番号		氏名			
生年月日	年　　月　　日	性別		電話番号	
発病又は負傷の理由	１：第三者行為（交通事故等）　　２：その他（自損事故・疾病等）				

該当するものに〇をつけてください。該当するものがない場合は（　）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	銀　　行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）							本店・支店							預金種別	普通 当座				
口座番号 左詰記載してください																				
口座名義人 （カタカナ）																				

口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は１字として、姓と名の間は１字あけてください。

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

上記の通り、高額療養費の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　　住所

氏名

令和　　年　　月　　日勧奨

【記入例】

赤字の部分を記入してください。
この記入例は**ゆうちょ銀行**を指定する場合ですので、他の金融機関を指定する場合は通帳をご確認のうえ記入してください。

令和○○年○○月○○日

マイナンバーカード、または通知カードを参照してください。
不明の場合は市町村窓口で申請してください。

後期高齢者医療高額療養費支給申請書

市外局番から

個人番号	000000000001				
被保険者番号	00000001	氏名	広域　次郎		
生年月日	S15 年　2 月 10 日	性別	男	電話番号	000-000-0000
発病又は負傷の理由	1：第三者行為（交通事故等）		2：その他（自損事故・疾病等）		

該当するものに○をつけてください。該当するものがない場合は（）内に記載してください。網掛けの中は記載不要です。

振込先	ゆうちょ	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合 （　　）	本店・支店 八四八						預金種別	普通 当座
						8	4	8		
口座番号 左詰記載してください	0	0	0	0	0	0	1			
口座名義人 (カタカナ)	コ	ウ	イ	キ		シ	゛	ロ	ウ	

店番

通帳表紙裏の**カタカナ表示**の名義を記入してください。※濁点・半濁点は一文字として、姓と名の間は一文字あけてください。

ゆうちょ銀行の口座で申請する場合は、通帳の見開き２ページの下方にある【他金融機関からの振込みの受取口座】の情報を転記してください。店名は、漢数字で三文字、口座番号は７桁となります（上方の「記号・番号」とは異なります）。**不明の場合は**通帳をお持ちのうえ、**市町村窓口**で申請してください。

口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

上記の通り、高額療養費の支給を申請し

令和○○年○○月○○日

申請者　住所　青森市・・・・

氏名　広域　次郎

※申請者と受領者が**異なる**場合は**押印が必要**です。

郵送の場合は、①マイナンバーカードの表面及び裏面の写し、または通知カードの写し及び②運転免許証・住基カード・障害者手帳などの身元のわかるものの写しをそれぞれ申請書とあわせて同封し、別紙お知らせの左下にある申請書提出先**市町村窓口**に送付してください。

受　領　申　立　書

令和　　年　　月　　日

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

申　立　者
（相続人代表者）

〒

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（※署名または記名押印）

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

死亡した被保険者からみた続柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）死亡にともない、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付費の受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処置いたします。

被保険者 （被相続人）	被保険者番号	
	住　　所	
	氏　　名	
	死亡年月日	

上記支払いについて、下記の口座に振り込んで下さい。

振込先金融機関	銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店・支所
	コード		
預金種目	普通預金 当座預金	口座番号 （左詰で記載）	
口座名義人 （カタカナ）			

※個人番号の記載は不要です。

受　領　申　立　書【記入例】

令和〇〇年〇〇月〇〇日

青森県後期高齢者医療広域連合長　様

申　立　者
（相続人代表者）

〒０３０－０００１
住　所　青森市・・・・・・
氏　名　広域　三郎　（※署名または記名押印）　広域
電話番号　000-000-0000　市外局番から
死亡した被保険者からみた続柄　子

申立者は相続権のある方となります。不明な点がある場合は市町村窓口でご確認ください。

私は、相続人代表として、下記被相続人（死亡した被保険者）死亡にともない、高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて支給される後期高齢者医療給付費の受領を行うことを申し立てます。

なお、他の相続人に対しましては、私（申立者）が責任を持って異議のないように処置いたします。

被保険者（被相続人）	被保険者番号	00000001
	住　所	青森市・・・・・・
	氏　名	広域　太郎
	死亡年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日

広域

上記支払いについて、下記の口座に振り込んで下さい。

振込先金融機関	ゆうちょ　銀行／信用金庫／信用組合／協同組合							八四八　支店・支所		
	コード	店番		8	4	8				
預金種目	普通預金／当座預金	口座番号（左詰で記載）	0	1	2	3	4	5	6	
口座名義人（カタカナ）	コウイキ　サブロウ									

ゆうちょ銀行の口座で申請する場合は、通帳の見開き２ページの下方にある【他金融機関からの振込みの受取口座】の情報を転記してください。店名は、漢数字で三文字、口座番号は７桁となります（上方の「記号・番号」とは異なります）。不明の場合は通帳をお持ちのうえ、市町村窓口で申請してください。

記名押印の場合は捨印も押してください。

※個人番号の記載は不要です。

郵送の場合は、運転免許証など身元のわかるものの写しを同封のうえ、別紙お知らせの左下に記載されているお問い合わせ先市町村窓口へ送付してください。

料金後納
郵便

申請書の提出は各市町村役場窓口へお願いします

青森県後期高齢者医療広域連合

〒030-0801
青森県青森市新町二丁目４番１号
（青森県共同ビル１階）
TEL 017-721-3821
FAX 017-723-1401