

医療費通知書作成委託業務仕様書

1 目的

山口県後期高齢者医療広域連合（以下「甲」という。）は受託者（以下「乙」という。）に後期高齢者医療費通知書（以下「通知書」という。）の作成及び発送に関する業務（以下「本業務」という。）を委託する。

2 委託期間

契約日から令和6年3月31日まで

3 委託業務内容

（1）通知書の作成

乙は、甲が提供する医療費通知作成に係るデータ（以下「データ」という。）を基に印刷用プログラムを作成し、通知書を印刷すること。

数 量	750,000枚（見込み）
用 紙 規 格	A4（基準）
印 刷 仕 様	片面
レイアウト	1枚の場合：別紙1（明細17行） 2枚以上の場合：別紙2（1ページ目：明細17行、2ページ目以降：明細25行） 合計欄は自己負担相当額、入院時食事代等負担額のそれぞれの合計を記載する。また、複数頁にまたがる場合には合計は最終頁に表示し、その他頁には「*」を表示する。
フ ォ ン ト	印字の文字のフォントを11ptとする。 （標題は16pt、説明文は12pt）

ア データの引渡時期及び納品時期

	データ引渡時期	納品時期
第1回目	令和5年6月中旬	令和5年6月下旬
第2回目	令和6年1月中旬	令和6年1月下旬

イ データの引渡方法

乙は、データをセキュリティの高い方法で乙の作業場所まで運搬すること。

ウ データ形式等

(ア) データは、CSVファイル形式とし、詳細は次のとおりとする。

CSV形式

ファイル名	YYYYMMDD. 医療費通知.csv
文字コード	エンコード UTF - 8

(イ) 甲は、必要に応じてデータを分割して提供するものとし、乙は、データを結合した後、作業を行う。

(ウ) 甲が指定するフォントについては、以下のとおりとする。なお、このフォントの使用について、使用許諾等が必要な場合は、乙がその責任を負うものとする。

外字	住基ネット統一文字コードに準じた体系の範囲外の外字について、提供する外字ファイル（TTEファイル：6,400文字以内）を使用し、印字できるようにすること。
外字以外	「住基ネット明朝」又は「K A J O _ J 入力システムV7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を使用すること。

(エ) 新規に外字が追加された場合は、当該外字を登録した後のデータを反映すること。

エ 外字の照合

(ア) 甲が指定するフォントに含まれる全文字（21,039文字）及び甲が提供する同定外字の全文字（6,400文字以内）について、乙が実際に帳票出力に使用するプリンタから出力し、適正に印字できるか1文字ずつ照合確認すること。その際、文字の品質を十分考慮し、品質に問題がある場合はその対策を講じ、品質を確保すること。

(イ) 照合結果報告書を提出すること。

オ 印刷の検証

(ア) 印刷の位置及び内容等について検証し、問題がないことを確認した上で作業を行うこと。

- (イ) 甲が提供するテストデータによる印刷テストを行い、検証結果が正しいものと甲が確認できるまで行うものとし、甲の検証に必要な資料等の作成について、乙はこれを支援すること。

(2) 説明文の作成

以下のとおりの仕様とする。

数 量	480,000枚（見込み）
用 紙 規 格	A4（基準） 紀州紙（基準） 色：鶯色
印 刷 仕 様	両面 モノクロ
レイアウト	別紙3のとおり（予定）
そ の 他	医療費通知書の発送時期に合わせ、2回に分けて印刷すること。

(3) 柔道整復に係る周知文書の作成

以下のとおりの仕様とする。

数 量	10,000枚（見込み）
用 紙 規 格	A4（基準）
印 刷 仕 様	片面 モノクロ
レイアウト	別紙4のとおり
そ の 他	第2回目送付分の一部の対象者に封入することとし、発送時期に合わせ印刷すること。

(4) 窓空封筒の作成

通知書及び説明文を封入封緘するための封筒は、以下のとおりの仕様とする。

数 量	480,000枚（見込み）
封 筒 の 種 類	洋形4号 縦110mm×横228mm（基準）濃青色 窓空に使用する素材は、半透明の紙とする。 色上質紙 連量92kg アラビアのり付き
印 刷 仕 様	モノクロ
レイアウト	別紙5のとおり

そ の 他	医療費通知書の発送時期に合わせ、2回に分けて印刷すること。
-------	-------------------------------

(5) 通知書の郵送について

ア 封入封緘作業

本業務で作成された通知書と説明文を窓空封筒に封入封緘する。なお、通知書が2枚以上の場合、OMR機能等により識別し、機械的に封入封緘すること。

なお、第2回目については、甲が提出するデータを基に対象者を抽出し、当該対象者に柔道整復に係る周知文書を併せて封入すること。

イ 郵送料を低減させる措置

(ア) 郵便局から指定されているカスタマーバーコードを通知書へ印字する。

(イ) 郵便局へ局出しの際、料金別納郵便票を添付すること。

4 納品について

(1) 通知書

ア 乙は、郵送する通知書の枚数が確定した時点で郵送に係る報告書を甲に提出し、甲の検査を受けること。

イ 乙は、アの検査を合格したときは、甲が指定する発送日及び郵便局に通知書を搬入し、通知書の郵送に係る費用（以下「郵送料」という。）について乙が負担する。この場合において、甲が指定する郵便局は、指定した郵便局が承認した他局差出可能な局へ搬入も可とする。詳細については、甲乙協議の上、決定する。

ウ イにおいて、乙が郵送料を負担したときは、当該実施した月ごとに本業務の郵送に係る領収書及び支払請求書を甲に提出する。

エ 甲は、ウにより乙の提出する適法な支払請求書を受理したときは、遅滞なく郵送料を乙に支払うものとする。

(2) 報告書

乙は、報告書を各作業工程が終了するごとに甲へ納品すること。

(3) 帳票等の残品

業務終了後、本業務で作成した帳票等の残品の処分については、甲乙協議の上、決定するものとする。

5 委託料

委託料は、実績に応じて支払うものとし、詳細は、甲乙協議の上、決定するものとする。

6 委託条件

- (1) 乙は、個人情報保護や対策を目的とした財団法人日本情報処理開発協会によるプライバシーマークの認定又はI SMS（情報セキュリティマネジメントシステム）適合評価制度の認証のいずれかを受けていること。このことを確認するため、入札業者はプライバシーマーク使用許諾証等の写しを入札執行日に甲に提出すること。
- (2) 業務中のトラブル発生に際しては、事業所内のバックアップ体制が整っており、迅速な対応ができること。
- (3) データ等並びに通知書の運搬費及びテストデータの出力等にかかる費用の負担は、委託料に含まれるものとする。

〇〇〇-〇〇〇〇
 〇〇県〇〇〇市△△△△〇〇〇〇番地〇

〇〇 〇〇〇 様

被保険者番号

〇〇〇〇〇〇〇〇

被保険者氏名

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 様分

令和〇〇年〇〇月〇〇日
 通知番号 〇〇〇〇〇〇〇

← カスタマーバーコード →
 ← # 出力連番 →

後期高齢者医療費通知書

この通知は、医療機関等からの請求書（診療報酬明細書）に基づき、費用額（医療費の総額）、自己負担相当額（支払った医療費の額）を記載しています。費用額（医療費の総額）には保険外費用は含まれておりません。

また、公費負担医療や地方公共団体が実施する医療費助成などを受けておられる場合、ご自身が負担された額と異なる場合があります。

この通知は、医療費控除の申告手続きで医療費の明細書として使用することができます。申請に関することは、税務署にお問い合わせください。

令和〇〇年〇〇月から令和〇〇年〇〇月分の受診履歴及び医療費は、下の表のとおりです。

診療年月	医療機関等の名称	診療区分	日数	医療費の総額	自己負担相当額	入院時食事代等負担額
〇年×月	××医院	医科入院	7	229,040	22,900	4,200
〇年×月	××医院	医科外来	1	4,470	447	
〇年×月	〇〇歯科	歯科外来	2	4,440	444	
〇年×月	△△薬局	調剤	1	6,870	687	
〇年×月	〇〇看護ステーション	訪問看護	1	3,390	339	
〇年×月	□□堂	※柔道整復	1	3,140	314	
〇年×月	◇◇鍼灸治療院	※鍼灸	4	6,200	620	
〇年×月	◎◎マッサージ	※マッサージ	2	8,560	856	
合 計					26,607	4,200

◇診療区分の※は、療養費の支給に伴うものです。

〇〇〇-〇〇〇〇
 〇〇県〇〇〇市△△△△〇〇〇〇番地〇

〇〇 〇〇〇 様

被保険者番号

〇〇〇〇〇〇〇〇

被保険者氏名

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 様分

令和〇〇年〇〇月〇〇日
 通知番号 〇〇〇〇〇〇〇

← カスタマーバーコード →
 ← #出力連番 →

後期高齢者医療費通知書

この通知は、医療機関等からの請求書（診療報酬明細書）に基づき、費用額（医療費の総額）、自己負担相当額（支払った医療費の額）を記載しています。費用額（医療費の総額）には保険外費用は含まれておりません。

また、公費負担医療や地方公共団体が実施する医療費助成などを受けておられる場合、ご自身が負担された額と異なる場合があります。

この通知は、医療費控除の申告手続きで医療費の明細書として使用することができます。申請に関することは、税務署にお問い合わせください。

令和〇〇年〇〇月から令和〇〇年〇〇月分の受診履歴及び医療費は、下の表のとおりです。

診療年月	医療機関等の名称	診療区分	日数	医療費の総額	自己負担相当額	入院時食事代等負担額
〇年×月	××整形外科	医科外来	4	26,720	2,672	
〇年×月	××クリニック	医科外来	1	8,760	876	
〇年×月	△△薬局	調剤	3	7,310	731	
〇年×月	△△薬局	調剤	1	17,130	1,713	
〇年×月	□□整骨院	※柔道整復	4	7,210	721	
〇年×月	××内科	医科外来	1	17,470	1,747	
〇年×月	××病院	医科外来	1	7,500	750	
〇年×月	安田歯科医院	歯科外来	2	12,210	1,221	
〇年×月	□□整骨院	※マッサージ	4	4,515	452	
〇年×月	□□整骨院	※柔道整復	3	3,660	366	
〇年×月	××内科	医科外来	1	2,670	267	
〇年×月	××クリニック	医科外来	1	25,080	2,508	
〇年×月	××病院	医科外来	2	3,860	386	
〇年×月	××クリニック	医科外来	1	8,890	889	
〇年×月	△△薬局	調剤	1	7,600	760	
〇年×月	△△薬局	調剤	2	5,800	580	
〇年×月	△△薬局	調剤	1	2,700	270	
合 計				*****	*****	*****

◇診療区分の※は、療養費の支給に伴うものです。

診療年月	医療機関等の名称	診療区分	日数	医療費の総額	自己負担相当額	入院時食事代等負担額
○年×月	□□整骨院	※柔道整復	1	3,140	314	
○年×月	××クリニック	医科外来	1	9,750	975	
○年×月	△△薬局	調剤	1	16,730	1,673	
○年×月	□□整骨院	※柔道整復	5	8,430	843	
○年×月	××病院	医科外来	1	8,230	823	
○年×月	□□整骨院	※柔道整復	1	1,220	122	
○年×月	△△薬局	調剤	1	7,500	750	
合 計					22,409	0

◇診療区分の※は、療養費の支給に伴うものです。

医療費通知を受け取られた方へ

山口県後期高齢者医療広域連合では、被保険者の皆様に、後期高齢者医療保険で医療機関等に受診した医療費の額をお知らせすることによって、健康に対する認識を深めていただくとともに、医療機関等からの請求内容に誤りがないかを確認していただくために、医療費通知書をお届けしています。

発行回数は年2回で、6月下旬と1月下旬に発送しています。

医療費通知の見方

医療費通知書には、あなたがかかれた病院や薬局等の医療機関名と通院（入院）日数とそのときにかかった医療費の総額とご自身の負担相当額が記載されています。

診療年月

- ・医療費の請求につきましては、第三者機関による審査を経て行われるため、通知内容の期間は3ヶ月以上前のものになります。
- ・なお、医療機関等からの請求が遅れた場合など、医療費通知書に表示されない場合があります。

診療区分

- ・医科、歯科、調剤、訪問看護、柔道整復、鍼灸、マッサージのいずれかが記載されています。
- ・また、医科と歯科の場合は、入院か外来かの区分も記載されています。

日 数

- ・あなたが医療機関等で入院（通院）された日数が記載されています。
- ・電話等で病状診断を受けた場合や、受診者に代わって家族が薬を受け取りに行った日も含まれる場合があります。

医療費の総額

- ・保険診療の対象となった費用の総額（10割）が記載されています。あなたが医療機関等の窓口で負担した額ではありません。
- ・薬の容器代、往診時の車代、健康診断料、診断書料、入院時の室料差額、歯科保険外診療などの保険給付以外の費用及び食事・生活療養費の額は含まれていません。

自己負担相当額

- ・医療費の総額のうち1割（所得が一定以上の世帯に属する方は2割又は3割）に相当する額が記載されています。ただし、自己負担限度額を超えている場合は、限度額が記載されています。
- ※令和4年10月1日から2割の負担区分が追加されています。

入院時食事代等負担額

- ・あなたが入院期間中の食事代として負担した金額です。
- ・療養病床に入院された方は居住費も含まれています。

よくあるご質問

◆いつ送られてきますか？

年2回お送りしています。

11月～12月診療分を6月下旬に、1月～10月診療分を1月下旬に、順次発送します。

◆医療費控除の申告に使えますか？

今回送付した医療費通知書は、医療費控除の申告手続きで医療費の明細書として使用することができます。なお、11月、12月診療分の医療費については、確定申告手続きまでに通知をお届けすることが困難なため、別途、領収書に基づいて「医療費控除の明細書」を作成し、申告書に添付していただく必要があります。また、医療費控除の対象となる支出で、本通知書に記載されていないものがある場合も同様に「医療費控除の明細書」を作成していただく必要があります。（これらの場合、医療費領収書は確定申告期限から5年間保存する必要があります。）

また、本医療費通知書の自己負担相当額は、実際にご自身が医療機関等で負担された額と異なる場合（公費負担医療や地方公共団体が実施する医療費助成、高額療養費がある場合など）があります。こうした場合には、例えば、自己負担相当額の欄に記載の額から公費負担医療の額を差し引く等、ご自身で額を訂正して申告していただく必要があります。

◆再発行はできますか？

お住まいの山口県内市町窓口（または本広域連合のホームページ上）に届出書がありますので、ご提出ください。

再発行については、原則として受付後に本人宛に郵送いたします。

※本人と届出人が異なる場合やお急ぎで必要な場合は、お問い合わせください。

問い合わせ先

この医療費通知書は、あなたの受診分のお知らせであり、請求書ではありません。
本通知の記載内容にご不明な点がございましたら、本広域連合までご連絡ください。

山口県後期高齢者医療広域連合事務局
業務課 医療給付係
TEL 083-921-7113



柔道整復師の施術を受けられる方へ

柔道整復で、健康保険等を使えるのはどんなもの？

- ・ 医師や柔道整復師に、外傷性が明らかな骨折、脱臼、打撲及び捻挫等(いわゆる肉ばなれを含む。)で、内科的原因による疾患ではないものと診断又は判断されたもの。

(骨折及び脱臼については、応急手当をする場合を除き、あらかじめ医師の同意を得る必要があります)

- ・ 骨・筋肉・関節のケガや痛みで、その負傷原因がはっきりしているもの。

【主な負傷例】

日常生活やスポーツ中に、転んで膝を打ったり足首を捻ったりして急に痛みがでた。など

健康保険等が使えないものの例(全額自己負担になります)

- ・ 単なる(疲労性・慢性的な要因からくる)肩こり、筋肉疲労
- ・ 保険医療機関(病院、診療所など)で同じ負傷等の治療中のもの
- ・ 脳疾患後遺症などの慢性病や症状の改善のみられない長期の施術
- ・ 労災保険が適用となる工作中や通勤途上の負傷

施術を受けるときの注意

- ◆ 施術が長期にわたる場合、内科的要因も考えられますので、医師の診察を受けましょう。

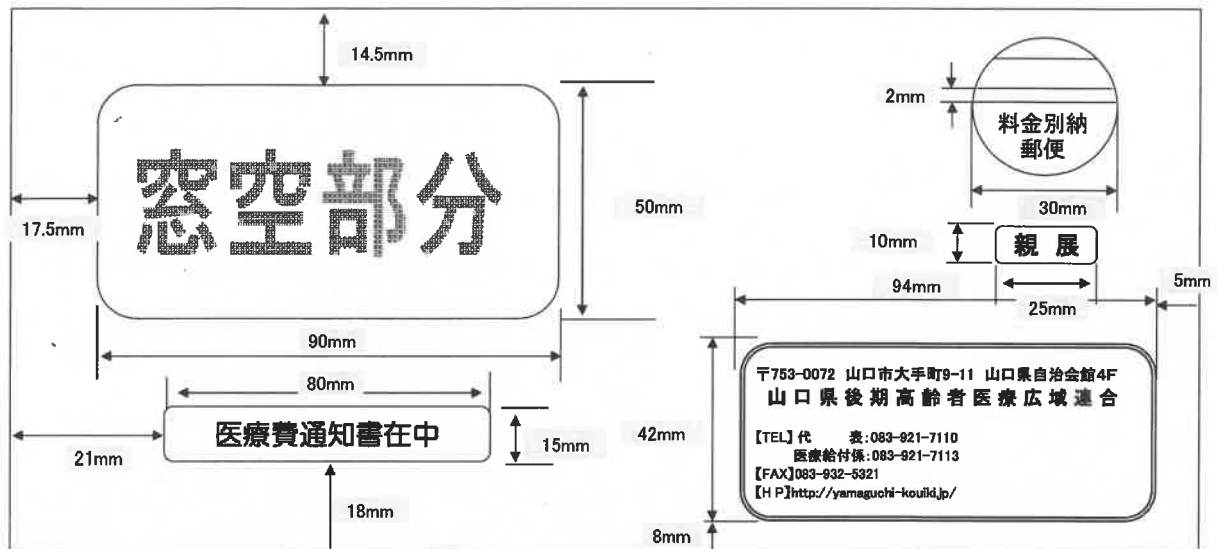
◆ 受取代理人欄には自分で署名していますか？

- ・ 療養費は、本来患者が費用の全額を支払った後、自ら保険者へ請求を行い支給を受ける「償還払い」が原則ですが、柔道整復では、柔道整復師が患者に代わって残りの費用を保険者に請求する「受領委任」という方法が認められています。そのため、多くの整骨院等の窓口では、病院・診療所にかかったときと同じように自己負担分のみ支払うことにより、施術を受けることができます。
- ・ 「受領委任」の場合は柔道整復師が患者に代わって保険請求を行うため、施術を受けたときには、柔道整復施術療養費支給申請書の受取代理人欄(住所、氏名、委任年月日)に、原則患者の自筆による記入が必要となります。

◆ 領収証は受け取っていますか？

- ・ 領収証は必ず受け取りましょう。医療費通知と金額・日数に相違があるかご確認いただき、相違があれば、山口県後期高齢者医療広域連合までご連絡ください。
- ・ 領収証は医療費控除を受ける際に必要になりますので、大切に保管しましょう。

表 面



裏 面

交通事故で治療を受けるときは届け出を！

後期高齢者医療制度にご加入の方が交通事故など第三者の行為によって負傷したときも、被保険者証を使って治療を受けることができます。ただし、医療費は加害者が負担するのが原則ですので、後期高齢者医療広域連合が一時的に立て替え、あとで加害者に請求します。被保険者証を使って治療を受けるときは、お住まいの市町の後期高齢者医療担当窓口や広域連合事務局にご連絡のうえ、必ず速やかに届け出をしてください。

封筒は濃青色です。