

令和7年度医療費通知書（令和6年11月～令和7年10月診療分）・
ジェネリック医薬品（後発医薬品）希望シール作成及び封入等業務委託

【内訳】

入 札 説 明 書
仕 様 書

令和7年5月

茨城県後期高齢者医療広域連合

入 札 説 明 書

令和7年5月7日に公告した令和7年度医療費通知書（令和6年11月～令和7年10月診療分）・ジェネリック医薬品（後発医薬品）希望シール作成及び封入等業務委託に係る一般競争入札については、関係法令等に定めるもののほか、この入札説明書によるものとする。

1 入札に付する事項

(1) 託業務の名称

令和7年度医療費通知書（令和6年11月～令和7年10月診療分）・ジェネリック医薬品（後発医薬品）希望シール作成及び封入等業務委託

(2) 委託業務の内容

令和7年度医療費通知書（令和6年11月～令和7年10月診療分）・ジェネリック医薬品（後発医薬品）希望シール作成及び封入等業務委託仕様書（以下「仕様書」という。）による。

(3) 委託期間

契約締結の日から令和8年2月27日（金）まで

(4) 納入場所

仕様書で指定する場所

(5) 入札方法

ア 入札書に記載する金額は、入札説明書等の別添「令和7年度医療費通知書（令和6年11月～令和7年10月診療分）・ジェネリック医薬品（後発医薬品）希望シール作成及び封入等業務委託設計書」（金抜き）（以下「金抜き設計書」という。）の項目ごとに1通当たりの単価（小数点第2位まで記入）とする。

イ 入札書に記載された金額に当該金額の100分の10に相当する額を加算した金額（当該金額に小数点第3位以下の端数があるときは、これを切り捨てた金額）をもって落札金額とするので、入札者は、消費税及び地方消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった1通当たりの単価の110分の100に相当する金額を入札書に記載すること。

2 入札参加者の資格に関する事項

- (1) 申請書を提出する時点で有効な茨城県物品調達等競争入札参加資格者名簿において「印刷類」に登録されている者であること。ただし、茨城県物品調達等登録業者指名停止基準に基づく指名停止の措置を受けている者でないこと。
- (2) プライバシーマーク又はISO27001/ISMSのいずれかを取得していること。
- (3) 茨城県内の地方公共団体、全国の地方公共団体及び全国の後期高齢者医療広域連合が発注する同類業務に対して、業務委託についての受注実績がある者であること。

- (4) 委託業務に関する管理責任者を適正に配置できる者であること。
- (5) 地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 292 条において準用する地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 167 条の 4 の規定に該当しない者であること。
- (6) 会社更生法（平成 14 年法律第 154 号）に基づく更生手続開始の申立てをし、若しくは申立てがなされている者又は民事再生法（平成 11 年法律第 225 号）に基づく再生手続開始の申立てをし、若しくは申立てがなされている者でないこと。
- (7) 茨城県暴力団排除条例（平成 22 年茨城県条例第 36 号）第 2 条第 1 号若しくは第 3 号に規定する者又は次に掲げる者でないこと。
 - ア 暴力団員が事業主又は役員となっている者
 - イ 暴力団員以外の者が代表取締役を務めているが、実質的には暴力団員がその運営を支配している者
 - ウ 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している者
 - エ 暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約、資材、原材料等の購入契約を締結している者
 - オ 暴力団又は暴力団員に経済上の利益や便宜を供与している者
 - カ 役員等が暴力団又は暴力団員と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難されるべき関係を有している者

3 入札書の提出場所等

- (1) 入札書の提出場所、契約条項を示す場所、入札説明書及び仕様書（以下「入札説明書等」という。）に関する質疑応答書提出場所
 - 〒311-4141 茨城県水戸市赤塚 1 丁目 1 番地 ミオス 1 階
 - 茨城県後期高齢者医療広域連合 総務課
 - 電話 029-309-1211
 - FAX 029-309-1126
- (2) 入札説明書等の交付場所
 - 茨城県後期高齢者医療広域連合総務課及び茨城県後期高齢者医療広域連合のホームページで行う。
 - ホームページアドレス <https://www.kouiki-ibaraki.jp/>
- (3) 入札説明書等の交付期間
 - 入札公告の日から令和 7 年 5 月 14 日（水）まで
 - ただし、茨城県後期高齢者医療広域連合総務課における入札説明書等の交付は、茨城県後期高齢者医療広域連合の休日を定める条例（平成 19 年茨城県後期高齢者医療広域連合条例第 1 号）第 1 条第 1 項に定める休日を除く午前 9 時から午後 4 時までの間において行うものとする。
- (4) 入札説明書等に関する質問方法等
 - ア 質問方法
 - F A X 又は E メールにより質疑応答書を提出すること。

Eメールアドレス：k08soumu@union.ibaraki.lg.jp

イ 質問期間

入札公告の日から令和7年5月14日（水）正午まで

これ以降に到達したものについては回答しないので留意すること。

(5) 入札者に求められる事項

ア この入札に参加を希望する者（以下「入札参加希望者」という。）は、あらかじめ入札説明書等の交付を受けるか、又は閲覧しなければならない。

イ 入札参加希望者は、次の書類を上記3（3）で指定する入札説明書等の交付期間内に提出しなければならない。

なお、入札参加希望者は、提出した書類について広域連合職員から説明を求められたときは、これに応じなければならない。

① 一般競争入札参加資格確認申請書

② プライバシーマーク取得事業者又はISO27001（ISMS認証）の取得事業者であることを証明できるもの

③ 一般競争入札参加資格確認申請書を提出するときにおいて有効な茨城県物品調達等競争入札参加資格結果通知書の写し

④ 契約実績証明書

⑤ 申出書

(6) 一般競争入札参加資格審査結果

一般競争入札参加資格確認申請の審査結果については、令和7年5月20日（火）までに審査結果通知書を送付する。

(7) 入札及び開札の日時及び場所

令和7年5月28日（水） 午後3時30分

茨城県後期高齢者医療広域連合事務所

(8) 入札の辞退

上記3（1）に示す入札書の提出場所へ郵送又は持参により、開札日時までに到着するよう、辞退届を提出するものとする。

4 その他

(1) 契約手続において使用する言語及び通貨

日本語及び日本国通貨

(2) 入札保証金及び契約保証金

ア 入札保証金

入札に参加を希望する者は、入札金額の100分の5以上の額を、入札保証金として、入札日に納付しなければならない。

ただし、茨城県後期高齢者医療広域連合財務規則（平成21年茨城県後期高齢者医療広域連合規則第4号。以下「財務規則」という。）第134条第1項各号のいずれかに該当する場合は、入札保証金の全部又は一部を免除する。

イ 契約保証金

落札者は、契約金額の100分の10以上の額を、契約保証金として、契約

締結のときに納付しなければならない。

ただし、財務規則第 161 条第 1 項各号のいずれかに該当する場合は、契約保証金の全部又は一部の納付を免除する。

(3) 入札の無効

本公告に示した入札参加資格のない者がした入札、入札に関する条件に違反した入札及び財務規則第 139 条各号のいずれかに該当する場合の入札は無効とする。

(4) 契約書作成の要否

要

(5) 落札者の決定方法

落札者の決定は、入札書の 1 から 3 の項目について、項目ごとに 1 通あたりの単価金額（消費税及び地方消費税を除く。）に設計書で定める見込み通数を乗じて得た金額で、財務規則第 135 条の規定に基づき作成された予定価格の範囲内で最低価格をもって有効な入札を行った者を落札者とする。

(6) 入札結果の公表

入札結果は、茨城県後期高齢者医療広域連合のホームページ等で公表する。

令和7年度医療費通知書（令和6年11月～令和7年10月診療分）・ジェネリック医薬品（後発医薬品）希望シール作成及び封入等業務委託仕様書

1 件名

令和7年度医療費通知書（令和6年11月～令和7年10月診療分）・ジェネリック医薬品（後発医薬品）希望シール作成及び封入等業務委託

2 履行期間

契約締結日から令和8年2月27日（金）まで

3 委託業務内容

- (1) 茨城県後期高齢者医療広域連合（以下「発注者」という。）が提供するデータから医療費通知書の印刷を2回行う。
- (2) 専用封筒の作成を行う。
- (3) ジェネリック医薬品（後発医薬品）希望シール（以下「ジェネリック希望シール」という。）の作成を行う。
- (4) 医療費通知書に、発注者が納品するリーフレットを専用封筒に封入封緘する。
- (5) 発注者が指定する被保険者の医療費通知書について抜き取りを行う。
- (6) 桁あふれ、未登録外字及び郵便番号エラーの有無により仕分けを行う。
- (7) 封入封緘した医療費通知書を区分けする。
- (8) 封入封緘した医療費通知書、ジェネリック希望シール及び専用封筒を発注者が指定する場所に納品する。
- (9) 印刷した医療費通知書と同じ券面データをPDF形式で納品する。

4 委託数量

総数量（全2回分）は、作業工程ごと次のとおり見込むものとする。なお、各作成回における実際の数量は、各回のデータ提供時に決定する。

- (1) 医療費通知書、専用封筒、ジェネリック希望シールの作成

ア 医療費通知書通数

930,000 通

（内訳：1回目 440,000 通、2回目 490,000 通）

イ 専用封筒枚数

日本郵便株式会社で指定する定形郵便物の大きさの封筒(50グラムまで)

931,000 枚

（内訳：封入封緘用 930,000 枚、広域連合事務所納品用 1,000 枚）

ウ ジェネリック希望シール枚数
広域連合事務所納品用 20,000 枚

(2) 抜き取り通数

100 通 (50 通×2回)

(3) 桁あふれ、未登録外字及び郵便番号エラーの有無による仕分け通数

エラーの区分は次のとおり。

区分	内容
桁あふれ	本仕様書で定める医療費通知書様式中、住所・氏名等の桁数が医療費通知書作成用データで管理できる桁数を上回ってしまい、医療費通知書にすべてを記載できないもの。
未登録外字	発注者が提供する外字データに登録されていないため、その文字が空欄となってしまうもの。
郵便番号エラー	カスタマバーコードのデータがないもの。

ア 上記区分に該当しない「エラーなし医療費通知書」通数

923,500 通

イ 上記区分に該当する「エラーあり医療費通知書」通数

6,500 通

(内訳：1回目 2,500 通、2回目 4,000 通)

(4) PDF データ作成件数 ※実際の作成数に応じて支払うものとする。

930,000 通

5 委託条件

- (1) 受注者は、本契約業務の実施に当たって、関係法令等を十分に遵守すること。
- (2) 受注者は、本契約の履行により知り得た委託業務の内容を一切第三者に漏らさないこと。
- (3) 取り扱う個人情報は厳重に管理し、その保護に配慮した十分な体制を整えること。
- (4) 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。
- (5) 「住基ネット明朝」あるいは「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への対応がとれ、住基ネット統一文字コードに準じた体系の 21,170 字を入手できること。
- (6) 医療費通知の枚数及び記入されるデータの行数は、被保険者の受診データの量により異なるためそのデータに対応するプログラムを作成できる技術を有すること。
- (7) 40 万通を超える通知を短期間で作成するために必要な大量印刷の可能な印刷機、封筒への封入を行う機器が備えられていること。

6 成果品等の帰属

委託業務の履行に伴い発生する成果品及びデータ等の所有権は、すべて発注者に帰属する。

7 データの保護

受注者は、本契約を履行するために発注者から提供を受けた記録媒体（以下「受領データ」という。）又は受注者自ら作成する記録媒体若しくは印刷物等（以下「作成データ」という。）の安全対策を講じるほか、次の事項について措置する。

- (1) 受注者は、受領データ及び作成データ（以下「データ等」という。）について契約期間終了まで善良な管理者の注意義務をもって管理するものとし、記録媒体についてはインターネットに接続されていない環境の下で厳重に保管するものとする。
- (2) 受注者は、受領データについて委託業務の履行上、不要となった時点で遅滞なく返還するものとする。
- (3) 磁気媒体によるデータ等の移送については、データの暗号化を施すこととする。なお、受領データは、EXE ファイルによるパスワード設定を行う場合がある。
- (4) 作成データは、委託業務の履行上、不要となった時点で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。
- (5) データ等の授受は、情報提供確認書等の書面をもって両者確認の上で行うものとする。
- (6) 受注者は、委託業務にかかるデータ等を受託業務以外の目的に使用してはならない。
- (7) 個人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、書面でその状況を報告し、発注者の指示を受けることとする。

8 契約金の支払

契約は次の品目別の単価契約とし、毎回納品後検査を行い、出来高に応じて支払うものとする。

	品目
(1)	ジェネリック希望シール作成業務
(2)	医療費通知作成及び封入等業務
(3)	医療費通知書 PDF 作成業務

※各単価に作成に係る諸費用、封入封緘費、輸送費含む。

9 見込数量の変更について

被保険者の受診状況等の変化により、見込数量が著しく変動をきたし、契約単価が実状と乖離した場合は、発注者と受注者との間で協議し、これを改訂するものとする。

10 注意事項

- (1) 成果品の作成の工程において特許等にかかる技術を使用する場合には、受注者の責任においてその特許等の使用の許可を得るとともに、その費用は受注者が負担するものとする。
- (2) 発注者の電算処理スケジュールの都合により作業工程に変更が生じた場合は、別途協議の上、行うものとする。
- (3) 本仕様書に定めのない事項及び業務遂行上疑義が生じた事項については、その都度協議の上処理する。

11 提供するデータ

- (1) データ形式は CSV ファイル形式、TTE ファイル又は PDF ファイルとする。
- (2) ファイル名称及び内容は次のとおりとする。

ア 医療費通知書作成用データ (CSV ファイル形式) (別添 1 参照)

ファイル名称	内容
① IRYOUHI_1.csv	エラーなし医療費通知書のデータ (局出し分)
② IRYOUHI_2.csv	エラーあり医療費通知書のデータ (広域連合事務所納品)
③ 医療費通知引き抜き用データ.csv	①のうち、引き抜き対象の被保険者一覧 (広域連合事務所納品)

イ 外字データ (TTE ファイル、euf ファイル及び外字文字一覧 PDF ファイル)

ファイル名称	内容
① EUDC.TTE 及び EUDC.euf	外字ファイル
② 外字文字一覧.pdf	外字文字一覧

(3) 文字処理方式

- ア コード体系：UCS 2 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を前提とした文字管理方式とする。
- イ 漢字は 2 バイトコードで扱う。
- ウ 文字コードの記録及び転送等は、ビックエンディアン方式とする。
- エ 使用するフォント及び属性情報 (読み、画数等) は、「住基ネット明朝」あるいはシステム構成編に示す「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のいずれかを使用する。
- オ 住基ネット統一文字コードに準じた体系 (21, 170 字) については、受注者において入手すること。
- カ 外字は、Windows の標準外字を使用するほか、外字データを使用すること。

12 医療費通知書作成

(1) 形式

上質紙両面印刷

(2) サイズ

縦 12.0 インチ以上×横 210 ミリメートル以上

(3) 紙質

上質紙 70kg/m²以上（両面印刷すること）

(4) 紙色

用紙の色は白色とする。

(5) レイアウト

ア 印刷位置などを調整し文字を大きく表示すること。

イ 印字色は黒色とする。

ウ 印刷色は黒色とする。また濃淡を施し見やすくし、通知書の文字を読みやすくするなど、帳票の「見やすさ」「わかりやすさ」に重点を置いて作成すること。

エ カスタマバーコードを入れること。ただし、別添 1 の【項番 60・バーコード情報】にデータがあるものとする。

オ 医療費通知書にページ番号を記入すること。

カ 専用封筒へ医療費通知書を封入した際、個人の医療に関する記述部分が外部から見えなくなるよう、印字位置を調整する等の必要な防止策を施すこと。

(6) 記載内容

【1回目（令和6年11月～令和6年12月）】

医療費通知書には、ページ数に応じて、ア及びイの項目を記載すること。なお、「被保険者の医療費内容」の記載が 20 行以上となる被保険者については、全ての記載が完了するまでイのページを追加すること。

また、ア⑬及びイ④の「費用金額合計及び自己負担相当額合計」については、記載完了ページの合計欄にのみ金額を記載し、1 ページ及び中間ページの合計欄には「*****」を記載すること。

ア 通知書 1 ページ

レイアウトについては別添 2 を参考とし、詳細は協議のうえ決定すること。

(記載内容)

- | |
|---|
| <p>① 送付先郵便番号</p> <p>② 送付先住所</p> <p>③ 送付先宛名</p> <p>④ 郵送用カスタマバーコード</p> <p>⑤ 封入通知書枚数</p> <p>⑥ 被保険者番号</p> <p>⑦ 題名「茨城県後期高齢者医療制度 医療費通知書」</p> <p>⑧ 「この通知書は、ご自身の治療等にかかった医療費についてご確認いただくもので費用の請求や、手続きを求めるものではありません。」「傷病名・薬剤名等の診療内容については回答できませんので予めご了承ください。」「記載内</p> |
|---|

容の説明は、裏面又は最終ページをご覧ください。」の文章

- ⑨ 「氏名」及び「の医療費は、次のとおりです。」の文字
- ⑩ 「対象期間 令和○年○月分～令和○年○月分」の文字
- ⑪ 通知年月日「令和○年○月○日」の文字
- ⑫ 当広域連合の所在地等
〒311-4141
茨城県水戸市赤塚1丁目1番地ミオス1階
茨城県後期高齢者医療広域連合 事業課
電話番号 029-309-1212
FAX 029-309-1126
- ⑬ 被保険者の医療費内容を表にして記載（19行）
 - ・受診年月
 - ・医療機関等名称
 - ・診療区分
 - ・日数
 - ・医療費10割の額（円）
 - ・自己負担相当額（円）
 - ・査定
- ⑭ ⑬の表の最終行に合計欄を記載（1行）
 - ・費用金額合計（円）
 - ・自己負担相当額合計（円）

※①、②、③、④、⑥、⑨、⑩、⑪、⑬、⑭の記載に当たっては、別添1の「使用列に「○」が付されているデータを使用すること。

また、⑨については、別添1の【項番61・被保険者氏名】に文字が入力されている場合はその文字を記載し、【項番61・被保険者氏名】に文字が入力されていない場合は【項番10・氏名（漢字）】を記載すること。

イ 通知書2ページ以降

レイアウトについては別添3を参考とし、詳細は協議のうえ決定すること。

(記載内容)

- ① 被保険者番号
- ② 「対象期間 令和○年○月分～令和○年○月分」の文字
- ③ 被保険者の医療費内容を表にして記載（29行）
 - ・受診年月
 - ・医療機関等名称
 - ・診療区分
 - ・日数
 - ・医療費10割の額（円）

- ・自己負担相当額（円）
- ・査定
- ④ ③の表の最終行に合計欄を記載（1行）
 - ・費用金額合計（円）
 - ・自己負担相当額合計（円）

ウ 最終ページ

医療費通知書レイアウト（別添2及び別添3）のほか、医療費通知書の最終ページに別添4を参考とした文章を記載すること。また、高齢者が読みやすいように、別添4を参考にレイアウトを行い、詳細は協議のうえ決定すること。
 なお、作成日は毎回異なるため、発注者が指定する日付とすること。

【2回目（令和7年1月～令和7年10月）】

医療費通知書には、ページ数に応じて、ア及びイの項目を記載すること。なお、「被保険者の医療費内容」の記載が25行以上となる被保険者については、全ての記載が完了するまでイのページを追加すること。

また、令和7年1月分～令和7年10月分の⑥自己負担額と食事療養・生活療養⑨自己負担額の合計額を記載すること

ア 通知書1ページ

レイアウトについては別添5を参考とし、詳細は協議のうえ決定すること。

（記載内容）

- ① 送付先郵便番号
 - ② 送付先住所
 - ③ 送付先宛名
 - ④ 郵送用カスタマバーコード
 - ⑤ 封入通知書枚数
 - ⑥ 被保険者番号
 - ⑦ 題名「茨城県後期高齢者医療制度 医療費通知書」
 - ⑧ 「この通知は、令和〇年〇月〇日日時点の 情報を基に作成しています。」の文章
 - ⑨ 「氏名」及び「の医療費は、次のとおりです。」の文字
 - ⑩ 「対象期間 令和〇年〇月分～令和〇年〇月分」の文字
 - ⑪ 通知年月日「令和〇年〇月〇日」の文字
 - ⑫ 当広域連合の所在地等
- 〒311-4141
 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地ミオス1階
 茨城県後期高齢者医療広域連合 事業課
 電話番号 029-309-1212

F A X 029-309-1126

⑬ 被保険者の医療費内容を表にして記載 (25 行)

- ・ ①受診年月
- ・ ②医療機関等名称
- ・ ③診療区分
- ・ ④日数
- ・ ⑤費用額 (10 割)
- ・ ⑥自己負担額
- ・ ⑦「食事療養・生活療養」回数
- ・ ⑧「食事療養・生活療養」費用額 (10 割)
- ・ ⑨「食事療養・生活療養」自己負担額
- ・ ⑩査定

⑭ 令和7年1月分～令和7年10月分の⑥自己負担額と食事療養・生活療養⑨自己負担額の合計額

※①、②、③、④、⑥、⑨、⑩、⑪、⑬、⑭の記載に当たっては、別添1の「使用列に「○」が付されているデータを使用すること。

また、⑨については、別添1の【項番61・被保険者氏名】に文字が入力されている場合はその文字を記載し、【項番61・被保険者氏名】に文字が入力されていない場合は【項番10・氏名(漢字)】を記載すること。

イ 通知書2ページ以降

レイアウトについては別添6を参考とし、詳細は協議のうえ決定すること。

(記載内容)

① 被保険者番号

② 「対象期間 令和○年○月分～令和○年○月分」の文字

③ 被保険者の医療費内容を表にして記載 (43 行)

- ・ ①受診年月
- ・ ②医療機関等名称
- ・ ③診療区分
- ・ ④日数
- ・ ⑤費用額 (10 割)
- ・ ⑥自己負担額
- ・ ⑦「食事療養・生活療養」回数
- ・ ⑧「食事療養・生活療養」費用額 (10 割)
- ・ ⑨「食事療養・生活療養」自己負担額
- ・ ⑩査定

ウ 最終ページ

医療費通知書レイアウト(別添5及び別添6)のほか、医療費通知書の最終ペー

ジに別添7を参考とした文章を記載すること。また、高齢者が読みやすいように、別添7を参考にレイアウトを行い、詳細は協議のうえ決定すること。

1.3 ジェネリック希望シール作成

(1) 用紙サイズ

別添8を参考とし、定型封筒(23.5cm×12.0cm)に折り曲げずに入るサイズとし、片面カラー刷りとする。

(2) レイアウト

ア イラストを掲載し、シール部分と台紙部分を区分するように配色を調整すること。

イ ジェネリック希望シールの使い方、貼る場所等の説明については、文字を読みやすくするなど、帳票の「見やすさ」「わかりやすさ」に重点を置いて作成すること。

(3) 校正

色校正を含めて3回以上行うこと。

(4) 納品方法

ア 広域連合事務所納品用

100部ごとに帯留めし、1,000部ごとに梱包すること。

イ PDFデータファイル

広報、ホームページ等に使用するため、ジェネリック希望シールのPDFデータファイルを収録した電子媒体を1部納品すること。

(5) 成果品

成果品については、著作権の帰属先に関わらず、発注者及び茨城県内市町村が発行する広報、ホームページ等への掲載についても許諾すること。

(6) 必須記載事項

「茨城県後期高齢者医療広域連合」

上記以外の記載事項については別添8を参考とし、詳細は協議のうえ決定すること。

1.4 専用封筒作成

(1) 種類及び封筒のサイズ

日本郵便株式会社で指定する定形郵便物の大きさの封筒

ア 封入封緘用 . . . 別添9

イ 広域連合事務所納品用 . . . 別添10

(2) 紙質

中身が透けて見えないよう、透け防止策を施し、色はピンク系とすること。

(3) 窓開き部分

窓の材質はグラシン紙又は同等の紙素材とし、住所、氏名等の確認及びバーコードの読み取りに支障がないよう位置等を日本郵便株式会社と調整すること。

(4) 口糊

封緘後、容易に口糊がはがれないものとする。なお、広域連合事務所納品用の封筒口糊については、アドヘア糊、ホットメルト糊又は両面テープ等を使用し、封緘の手数を減らす策を施すこと。

(5) 裏面記載

別添9別添10を参考とし、詳細は協議のうえ決定すること。

1.5 引き抜き

医療費通知書引き抜き用データで指定された被保険者の医療費通知書について、引き抜きを行い、成果品とは別に広域連合事務所に納品すること。

1.6 封入封緘

作成した医療費通知書は、医療費通知書作成用データ（別添1）中、「被保険者番号」ごとにまとめ、外三つ折り等で発注者が納品するリーフレットとともに1つの封筒に封入封緘すること。

1.7 医療費通知書仕分け

封入封緘した医療費通知書を、エラー（桁あふれ、未登録外字又は郵便番号エラー）の有無により仕分けを行う。

1.8 封筒区分け

エラーなし医療費通知書については、日本郵便株式会社の定める区分郵便物とするため、日本郵便株式会社と調整の上、郵便番号上5桁ごとに区分けし、紐等で解けないようにまとめ、郵便番号上5桁を記入した日本郵便株式会社が指定する紙札（緑色）を貼ること。

1.9 成果品の納品及び検査

(1) 納品及び完了検査

ア エラーあり医療費通知書及び広域連合事務所納品用ジェネリック希望シール並びに専用封筒については、広域連合事務所へ納品後、完了検査を受けるものとする。

イ エラーなし医療費通知書については、発注者と受注者が協議して決定した場所にて完了検査を受けるものとする。この完了検査に合格した後、発注者と受注者が協議して決定した郵便局へ搬入（局出し）すること。

(2) 医療費通知書の郵送料については、発注者が負担する。

(3) 各成果品の通数について、内訳書の提出を行うこと。

(4) 成果品の納品日については事前に発注者と調整すること。なお、郵便局へ直接納品を行う場合には、日本郵便株式会社と調整の上行うこと。

(5) 検査において、成果品を最小限度破壊して検査することができるものとし、成果品

の復旧に要する費用は受注者の負担とする。

- (6) 契約期間の途中で契約が解除された場合においては、出来形部分を検査の上、当該検査に合格した部分及び部分払の対象となった出来形部分の引渡しを受けるものとし、当該引渡しを受けたときは、当該引渡しを受けた出来形部分に相当する金額を受託者に支払うものとする。この場合において、必要があると認められるときは、出来形部分を最小限度破壊して検査することができる。この検査又は復旧に要する費用は、受注者の負担とする。

2.0 医療費通知書の PDF データ

保険者番号ごとにフォルダー化し、電子媒体で納品すること。なお、電子媒体については、ポータブルハードディスク等を貸与することでの納品を可とする。

また、被保険者からの問合せ等に早急に対応できるよう、ファイル名を被保険者番号とする等、ファイル検索を容易とする策を施すこと。

2.1 情報管理

(1) 個人情報の保護

プライバシーマーク又は ISO27001/ISMS のいずれかを取得していること。

(2) 情報セキュリティ計画書の作成

本業務を行うに当たり、事前にセキュリティ体制等を記載した情報セキュリティ計画書を提出すること。

(3) データの受け渡し

本業務に使用するデータはパスワードを設定し、配送等を行う場合はセキュリティ便等、セキュリティを強化した方法で紛失、盗難等を防止すること。なお、受け渡しに要する費用は、全て受注者の負担とする。

(4) 作業場の分割

データ入力を行う場所、業務サーバーを設置している場所を分けて管理すること。

(5) 入退出管理の徹底

各作業場への入室には、予め登録している者だけが作業できるよう、指紋認証などの入室管理を行うこと。

(6) データ持ち出しの禁止

私物の持ち込みを禁止するとともに、USB 端子の無効化を行い、監視カメラにより監視及び画像の記録を行うこと。

(7) 保管場所の施錠

受領したデータは、保管庫に入れ施錠し、データを格納している業務サーバーもラックに入れた状態で管理すること。

2.2 データ出力

- (1) 医療費通知書への印字位置及び内容等は、テスト印刷で検証し、問題がないことを確認した上で作業を行うこと。また、テスト印刷等にかかる費用は受注者の負担とする。
- (2) テスト印刷及び印刷ミス等で作成された医療費通知書から個人情報漏えいすることのないように、受注者が責任をもって管理、処分を行うこと。

2.3 データ受渡予定日及び納品期日

作成回	記載診療月	データ受渡 予定日	納品期日		
			(局出し)	(広域連合事務所納品)	
			エラーなし	エラーあり	専用封筒
1	令和6年11月) 令和6年12月	令和7年6月 中旬頃	令和7年7月 下旬迄	局出しの7日前迄	
2	令和7年1月) 令和7年10月	令和8年1月 下旬迄	令和8年2月 月上旬迄	局出しの7日前迄	

2.4 本仕様書の対応窓口

住 所 〒311-4141 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 ミオス1階
 連絡先 茨城県後期高齢者医療広域連合
 担当課 事業課 保健事業係
 電 話 029-309-1212
 F A X 029-309-1126

データフォーム（医療費通知書）

〈ファイル名称〉

①IRYOHI_1.csv

②IRYOHI_2.csv

※2回目発送（令和7年1月～令和7年10月）時に使用するデータは
マーカー付

- ・文字コード UTF-8
- ・改行コード CRLF
- ・区切り文字カンマ
- ・引用符 ダブルクォーテーション

項番	データ名	項目名	桁数	使用	全/半	備考
1	ZIPCD	郵便番号	7	×	半	
2	ZIPCD_Z	郵便番号（編集形式）	8	○	全	
3	AD_KJ	住所	100	×	全	
4	AD_KJ_1	住所1（編集形式）	20	○	全	
5	AD_KJ_2	住所2（編集形式）	20	○	全	
6	AD_KJ_3	住所3（編集形式）	20	○	全	
7	AD_KJ_4	住所4（編集形式）	20	○	全	
8	AD_KJ_5	住所5（編集形式）	20	○	全	
9	KJN_BNG	宛名番号	16	×	半	
10	SHMKJ	氏名（漢字）	40	○	全	氏名+「様」
11	TTSY_BNG	通知書番号	7	×	半	
12	TTSY_BNG_EDA	通知書番号枝番	1	×	半	
13	TTSY_BNG_D	通知番号	9	×	半	
14	NIYO	内容	7	×	全	空白
15	TUT_YMD	通知年月日	8	×	半	
	TUT_YMD_D	通知年月日（日付形式）				
16	TUT_GNGO	通知年月日-元号	2	○	全	
17	TUT_YY	通知年月日-年	2	○	半	全角に変換して出力
18	TUT_YY_KJ	通知年月日-年（文言）	1	×	全	「年」
19	TUT_MM	通知年月日-月	2	○	半	全角に変換して出力
20	TUT_MM_KJ	通知年月日-月（文言）	1	×	全	「月」
21	TUT_DD	通知年月日-日	2	○	半	全角に変換して出力
22	TUT_DD_KJ	通知年月日-日（文言）	1	×	全	「日」
23	HKNS_NO	保険者番号	8	×	半	
24	HKMT_SKTSN_NM_KJ	発行元市区町村名	6	×	全	空白
25	HKMT_BUSYO	発行元部署	26	×	全	空
26	HKMT_ADR_KJ	発行元住所	13	×	全	空白
27	TIWSSK_TEL1NO_NO	問合せ先電話番号1_番号	18	×	半	空
28	KR_NM_KJ	広域連合長名（漢字）	20	×	全	
29	KR_NM_KJ2	広域連合長名（漢字）2	30	×	全	空白
30	KR_ZIPCD	広域連合郵便番号	9	×	全	
31	KR_ADDR_KJ_1	広域連合住所1	20	×	全	
32	KR_ADDR_KJ_2	広域連合住所2	20	×	全	空白
33	KR_ADDR_TEL_NO	広域連合電話番号	16	×	半	
34	TSKKN_YMD_S	対象開始年月	6	×	半	
	TSKKN_YMD_S_D	対象開始年月（日付形式）				
35	TSKKN_YMD_S_GNGO	対象開始年月-元号	2	○	全	

項番	データ名	項目名	桁数	使用	全/半	備考
36	TSKKN_YMD_S_YY	対象開始年月-年	2	○	半	全角に変換して出力
37	TSKKN_YMD_S_YY_KJ	対象開始年月-年 (文言)	1	×	全	「年」
38	TSKKN_YMD_S_MM	対象開始年月-月	2	○	半	全角に変換して出力
39	TSKKN_YMD_S_MM_KJ	対象開始年月-月 (文言)	1	×	全	「月」
40	TSKKN_YMD_E	対象終了年月	6	×	半	
	TSKKN_YMD_E_D	対象終了年月(日付形式)				
41	TSKKN_YMD_E_GNGO	対象終了年月-元号	2	○	全	
42	TSKKN_YMD_E_YY	対象終了年月日-年	2	○	半	全角に変換して出力
43	TSKKN_YMD_E_YY_KJ	対象終了年月日-年 (文言)	1	×	全	「年」
44	TSKKN_YMD_E_MM	対象終了年月-月	2	○	半	全角に変換して出力
45	TSKKN_YMD_E_MM_KJ	対象終了年月-月 (文言)	1	×	全	「月」
46	HHS_BNG	被保険者番号	8	○	半	全角に変換して出力
	DTL	明細				
47	SNRY_YM	診療年月	6	×	半	
	SNRY_YM_D	診療年月(日付形式)				
48	SNRY_YM_GNGO	診療年月-元号	2	×	全	
49	SNRY_YM_YY	診療年月-年	2	○	半	全角に変換して出力
50	SNRY_YM_MM	診療年月-月	2	○	半	全角に変換して出力
51	IRYKKN_NM_KJ	医療機関名 (漢字)	20	○	全	
52	SNRY_KBN_KJ	診療種類	4	○	全	
53	SNRY_JNSS	診療実日数	2	○	半	全角に変換・前ゼロはトリムして出力
54	HIY_KGK	費用金額	8	○	半	全角に変換・カンマ挿入・前ゼロはトリムして出力
55	SKJ_KISU	食事回数	3	○	半	全角に変換・前ゼロはトリムして出力
56	SKJ_KTTI_KGK	食事決定金額	7	○	半	全角に変換・カンマ挿入・前ゼロはトリムして出力
57	STG_MARK	査定減額表示	1	○	半	空白or「*」
58	GNGK_SATEI_KBN_CD	減額査定区分コード	2	×	半	
59	STG_KGK	査定減額基準額	5	×	半	
60	BCD_AD	バーコード情報	207	○	半	
61	HHS_SHMKJ	被保険者氏名	23	○	全	氏名最大20文字+「様分」
62	THKDT_CD	地方公共団体コード	6	×	半	
63	TTSY_BNG_EDA2	通知書番号枝番2	2	×	半	
64	TTSY_BNG_D2	通知番号2	10	×	半	
65	JKO_FTN_SOTGK	自己負担相当額	8	×	半	
66	SKJHJFTN_GK	食事標準負担額	6	○	半	
67	JKO_FTN_GK	自己負担額	8	○	半	全角に変換・カンマ挿入・前ゼロはトリムして出力
68	KOH1_HBT_NO	公費1法別番号	2	×	半	
69	KOH1_IFGK	公費1一部負担額	8	×	半	
70	KOH1_KNJAFTN_GK	公費1患者負担額	8	×	半	
71	KOH2_HBT_NO	公費2法別番号	2	×	半	
72	KOH2_IFGK	公費2一部負担額	8	×	半	
73	KOH2_KNJAFTN_GK	公費2患者負担額	8	×	半	
74	KOH_HBT_NO	公費3法別番号	2	×	半	
75	SEIKY_YM	請求年月	6	×	半	
76	BST_RSP_NO	薄冊レセプト番号	7	×	半	
77	TUT_FUNOU_YM_S	通知不能範囲指定年月	6	×	半	
	TUT_FUNOU_YM_S_D	通知不能範囲指定年月(日付形式)				
78	TUT_FUNOU_YM_S_GNGO	通知不能範囲指定年月(元号)	2	×	全	
79	TUT_FUNOU_YM_S_YY	通知不能範囲指定年月(年)	2	×	半	
80	TUT_FUNOU_YM_S_MM	通知不能範囲指定年月(月)	2	×	半	

項番	データ名	項目名	桁数	使用	全/半	備考
81	TUT_FUNOU_YM_S_KJ	通知不能範囲指定年月（月文言）	1	×	全	
82	TUT_FUNOU_YM_S_KR	通知不能範囲指定年月（～）	1	×	全	
83	SSH_TTSY_BNG_EDA2	最終通知書番号枝番 2	2	×	半	
	GKI	合計				
84	HIY_KGK_GKI	費用金額合計	9	○	半	全角に変換・カンマ編集・前ゼロはトリムして出力
85	SKJ_KTTI_KGK_GKI	食事決定金額合計	7	○	半	
86	SKJHJFTN_GK_GKI	食事標準負担額合計	7	○	半	
87	JKO_FTN_SOTGK_GKI	自己負担相当額合計	9	×	半	
88	JKO_FTN_GK_GKI	自己負担額合計	9	○	半	全角に変換・カンマ編集・前ゼロはトリムして出力
89	KOH1_IFGK_GKI	公費 1 一部負担額合計	9	×	半	
90	KOH1_KNJAFTN_GK_GKI	公費 1 患者負担額合計	9	×	半	
91	KOH2_IFGK_GKI	公費 2 一部負担額合計	9	×	半	
92	KOH2_KNJAFTN_GK_GKI	公費 2 患者負担額合計	9	×	半	
93	YOBI	予備	47	×	全	空

③医療費通知書引き抜き用データ.csv

- ・ 文字コード Shift-JIS
- ・ 改行コード CRLF
- ・ 区切り文字 カンマ
- ・ 引用符 なし

項番	データ名	項目名	桁数	使用	全/半	備考
1	被保険者番号	被保険者番号	8	○	半	上表【項番46】

2X 2X 年 2X 月 2X 日

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

〒311-4141
 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地ミオス1階
 茨城県後期高齢者医療広域連合 事業課
 電話番号 029-309-1212
 F A X 029-309-1126

この通知書は、ご自身の治療等にかかった医療費についてご確認いただくもので、費用の請求や、手続きを求めるものではありません。
 傷病名・薬剤名等の診療内容については回答できませんのであらかじめご了承ください。
 記載内容の説明は、裏面又は最終ページをご覧ください。

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



X

茨城県後期高齢者医療制度 医療費通知書

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

の医療費は、次のとおりです。

被保険者番号 8XXXXXXX 対象期間 2X 2X 年 2X 月 ~ 2X 2X 年 2X 月 分

受診年月	医療機関等名称	診療区分	日数	医療費10割の額(円)	自己負担相当額(円)	査定
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	○
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
合計				9XXXXXXXX	9XXXXXXXX	

被保険者番号 8XXXXXXX 対象期間 2X 2X年 2X月 ~ 2X 2X年 2X月 分

受診年月	医療機関等名称	診療区分	日数	医療費10割の額(円)	自己負担相当額(円)	査定
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
2X年 2X月	20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXX	8XXXXXXXX	
合計				9XXXXXXXX	9XXXXXXXX	

医療費通知書について

医療費通知書は、被保険者の方が受けた医療費の履歴を記載していますので、通知書を保管していただき、自身の健康管理や医療費の管理にご活用ください。

記載内容

【診療区分】

医科入院、医科外来、歯科入院、歯科外来、調剤、訪問看護、柔整、鍼灸、マッサージ(マッサージ)のいずれかを記載しています。

【日数】

医療機関等で入・通院された日数です(電話等により治療上の意見を求められたものも含む)。調剤薬局の場合は、薬を処方された回数です。

【医療費 10 割の額】

医療機関等からの診療報酬明細書(レセプト)に基づき、保険診療対象となった医療費の総額(10割)を記載しています。医療機関の窓口では、医療費総額の1割(所得が一定以上の世帯に属する方は2割、所得が現役世代と同程度の世帯に属する方は3割)に相当する額を負担していただき、残りの9割(又は所得に応じて8割、7割)に相当する額は、後期高齢者医療制度が負担しています。なお、医療費通知書には次のものは保険診療対象外のため含まれていません。

- 入院時室料差額
- 歯科保険外診療
- 健康診断料
- 診断書料
- 往診時の車代
- 薬の容器代 等

【自己負担相当額】

自己負担相当額(医療費総額の1割、2割又は3割の額)が記載されています。また、自己負担相当額は1円単位で表示されますが、実際に医療機関の窓口等で支払う額は、10円未満を四捨五入した額となります。

【査定(減額査定)】

「〇」の表示は10,000円以上の減額査定の対象となったものです。

作成日 令和●年●月●日現在の医療機関等からの診療報酬明細書等を基に作成しています。
 ※医療機関等からの診療報酬明細書等について審査・支払を委託する第三者機関への提出が遅延している場合や、請求内容を第三者機関で審査中である場合などには、本通知書に医療費の一部が記載されない場合があります。

医療費控除の申告について

当通知書を申告書に添付することで、「医療費控除の明細書」の作成を簡略化することができます。なお、医療費控除の申告において対象となる支出が医療費通知書に記載されていないものがある場合には、申請者が領収書に基づいて「医療費控除の明細書」を作成し、その明細書を申告書に添付していただく必要があります。

医療費控除に係る詳細及び手続につきましては、管轄の税務署へお問い合わせください。

ジェネリック医薬品(後発医薬品)について

新薬の特許期間の終了後に、新薬と同じ成分を使って製造されるもので、効き目や安全性は新薬と同等であると認められ、一般的に低価格になっています。皆様の薬代の負担が軽減されるとともに、医療費全体の抑制にもつながります。詳しくは、かかりつけの医師や薬局の薬剤師にご相談ください。

2X 2X年 2X月 2X日

8XXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

〒311-4141
茨城県水戸市赤塚1丁目1番地ミオス1階
茨城県後期高齢者医療広域連合 事業課
電話番号 029-309-1212
FAX 029-309-1126

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



X

この通知は、令和●年●月●日時点の情報を基に作成しています。

茨城県後期高齢者医療制度 医療費通知書

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX の医療費は、次のとおりです。
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

被保険者番号 8XXXXXX

対象期間 2X 2X年 2X月～2X 2X年 2X月

令和7年1月分～令和7年10月分の⑥自己負担額と食事療養・生活療養⑨自己負担額の合計額	8XXXXXXXX
---	-----------

医療費控除の申告に使用する場合にはこちらの欄を参考にいただき、手続きの方法につきましては、最寄りの税務署にお問い合わせください。また、裏面の説明を必ずご確認ください。

① 受診年月	② 医療機関等名称	③ 診療区分	④ 日数	⑤ 費用額(10割)	⑥ 自己負担額	食事療養・生活療養			⑩ 査定
						⑦回数	⑧費用額(10割)	⑨自己負担額	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	○
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	
2X年2X月	13XXXXXXXXXXXXXX	4XXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	2X	8XXXXXXXXXX	8XXXXXXXXXX	

※ 記載内容の説明や見方は、裏面をご覧ください。
※ 令和7年11月、12月診療分の医療費はこのお知らせには記載されません。
確定申告などで医療費控除の申告をされる場合は、このお知らせと併せて、令和7年11月、12月診療分の領収書等を基に、申告してください。

医療費通知書について

- 1 受診状況や費用等の確認にお役立てください。
医療機関などからの請求遅れ等があったときは、このお知らせに記載されないことがあります。
- 2 このお知らせは、医療機関等からの診療報酬明細書(請求書)に基づいて記載しています。
- 3 医療機関等からの請求書について、審査・支払を委託する第三者機関への提出が遅延したり、請求内容を第三者機関で審査中である場合などには、このお知らせに医療費の一部が反映されない場合があります。
- 4 傷病名、薬剤名等の診療内容については、お答えいたしかねます。ご了承ください。

医療費通知書の見方

- ① 医療機関等で診療等を受けた年月。
- ② 診療等を受けた医療機関等の名称。
医療機関名が長い場合は、名称の一部が記載されています。
- ③ 医科外来・医科入院・歯科外来・歯科入院・調剤・訪問看護・柔整(柔道整復師による施術)・療養費(鍼灸やマッサージ等)の区分。
- ④ 通院・入院等の日数。
- ⑤ その月における医療費の総額。
「費用額」には、次の医療保険外費用を含みません。
(1)薬の容器代 (2)往診時の車代 (3)健康診断料 (4)診断書料 (5)入院時室料差額 (6)歯科保険外診療 (7)後発医薬品(ジェネリック医薬品)があるお薬で先発医薬品を希望された場合にかかる特別の料金 等
- ⑥ 自己負担額
金額は1円単位で表示されますが、実際に医療機関等の窓口等で支払われた金額は、10円未満を四捨五入した金額となります。(1円単位で表示されている金額を申告手続きに使用しても差し支えありません。)入院または高額な外来診療を受ける際に、減額認定証等を提示したことにより、窓口負担が軽減された場合は、窓口で支払われた金額が表示されています。また、高額療養費及び自治体による医療費助成を受けている場合などにおいては、実際に窓口で支払った金額と異なる場合があります。
- ⑦・⑧・⑨・その月における入院中に食事・生活療養を受けた合計の回数、費用額(10割)、自己負担額(標準負担額)。
- ⑩ 「〇」の表示は10,000円以上の減額査定の対象となったものです。

医療費控除の申告手続きについて

- 1 このお知らせは、医療費控除の申告手続きで医療費の明細書として使用できます。
なお、医療費控除の対象となる支出で、このお知らせに記載されていないものがある場合には、未記載の診療等に係る領収書を基に、「医療費控除の明細書」を作成し、その明細書を申告書に添付してください(この場合、未記載の診療等に係る領収書は、確定申告期限から5年間保存する必要があります)。
- 2 このお知らせに記載している自己負担額と実際にご自身が負担された金額が異なる場合(地方公共団体が実施する医療費助成、療養費または高額療養費等がある場合など)があります。これらの場合には、例えば自己負担額に記載された金額から助成額を差し引くなど、ご自身で金額を訂正の上、申告していただく必要があります。
- 3 申告に関すること(医療費控除を含む)または上記1・2の手続きの方法につきましては、最寄りの税務署にお問い合わせください。

令和7年11月、12月診療分の医療費については、1年後に発行される次回の医療費のお知らせに記載されます。
確定申告などで医療費控除の申告をされる場合は、このお知らせと併せて、令和7年11月、12月診療分の領収書などを基に、申告してください。

ジェネリック医薬品(後発医薬品)希望シール

ジェネリック医薬品 希望シールをご活用ください！

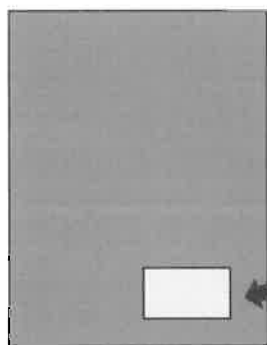
ジェネリック医薬品(後発医薬品)は、新薬(先発医薬品)の特許期間が終わった後に、国の認可を得て製造販売される医薬品の総称です。その安全性や有効性は新薬と同等であり、新薬に比べて一般的に低価格になっています。このシールを「お薬手帳」に貼っていただきますと、医師や薬剤師に「ジェネリックに変更したい」という意思表示ができますので、ご活用ください。

21cm
以上

○ジェネリック医薬品希望シール

※シールは、文字や印影などが無い余白部分に貼ってください。

○お薬手帳



ジェネリック医薬品 を希望します	ジェネリック後発薬品 を希望します
ジェネリック医薬品 を希望します	ジェネリック医薬品を 希望します

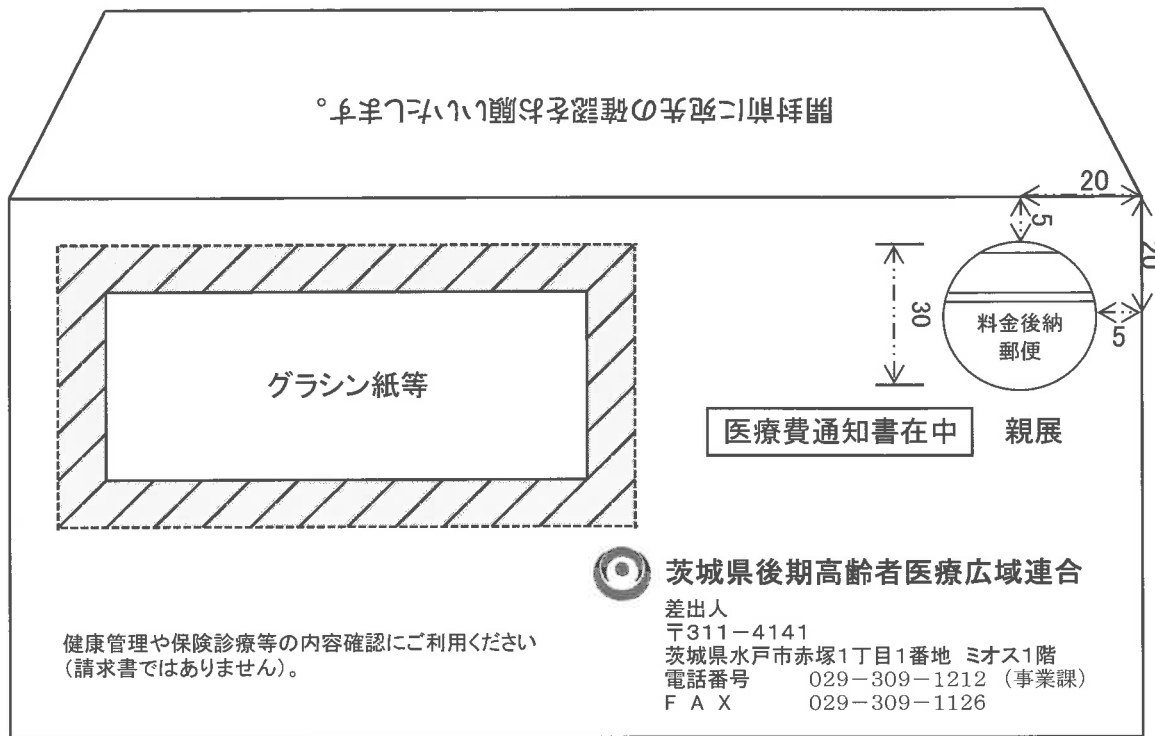
茨城県後期高齢者医療広域連合

10cm 以上

1 封筒（表面）

「7日程度の送達余裕承諾」

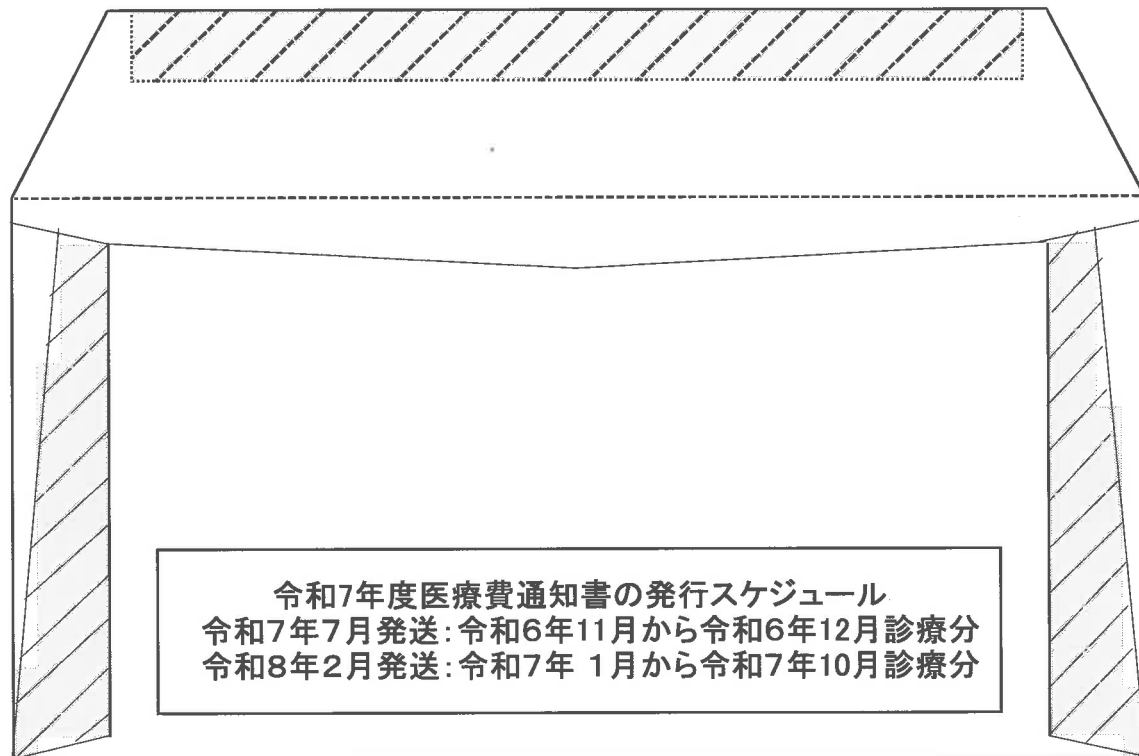
上側



下側

2 封筒（裏面）

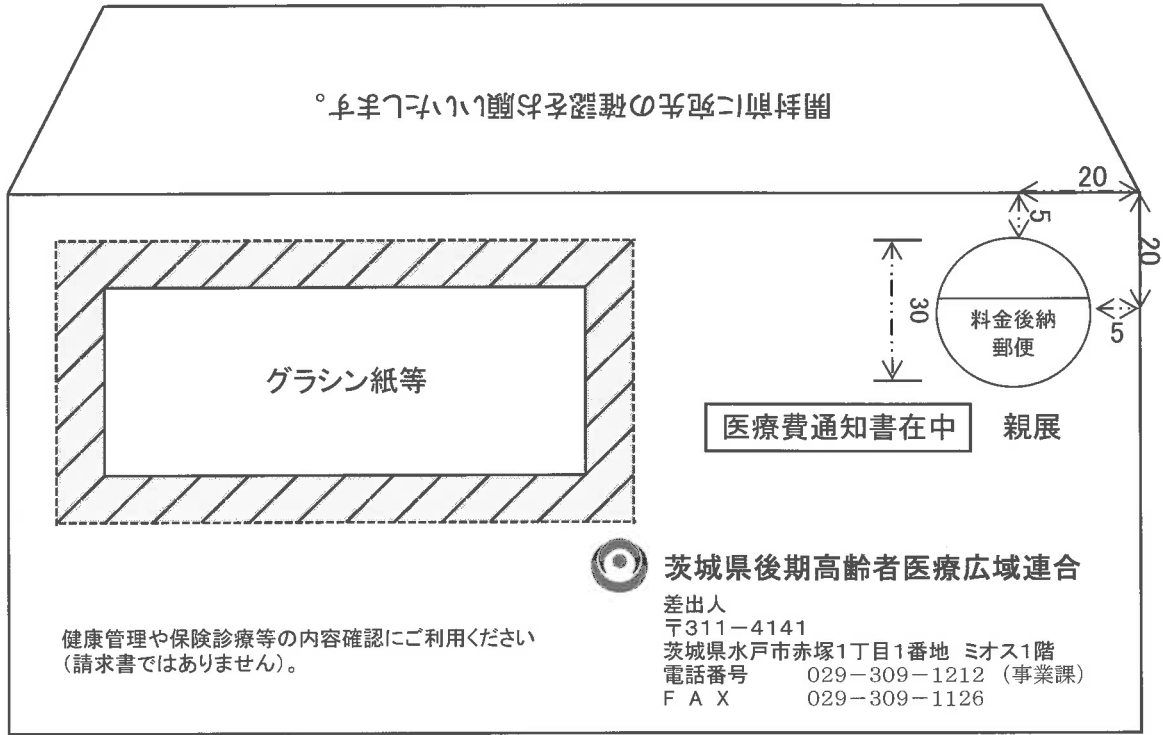
上側



下側

1 封筒（表面）

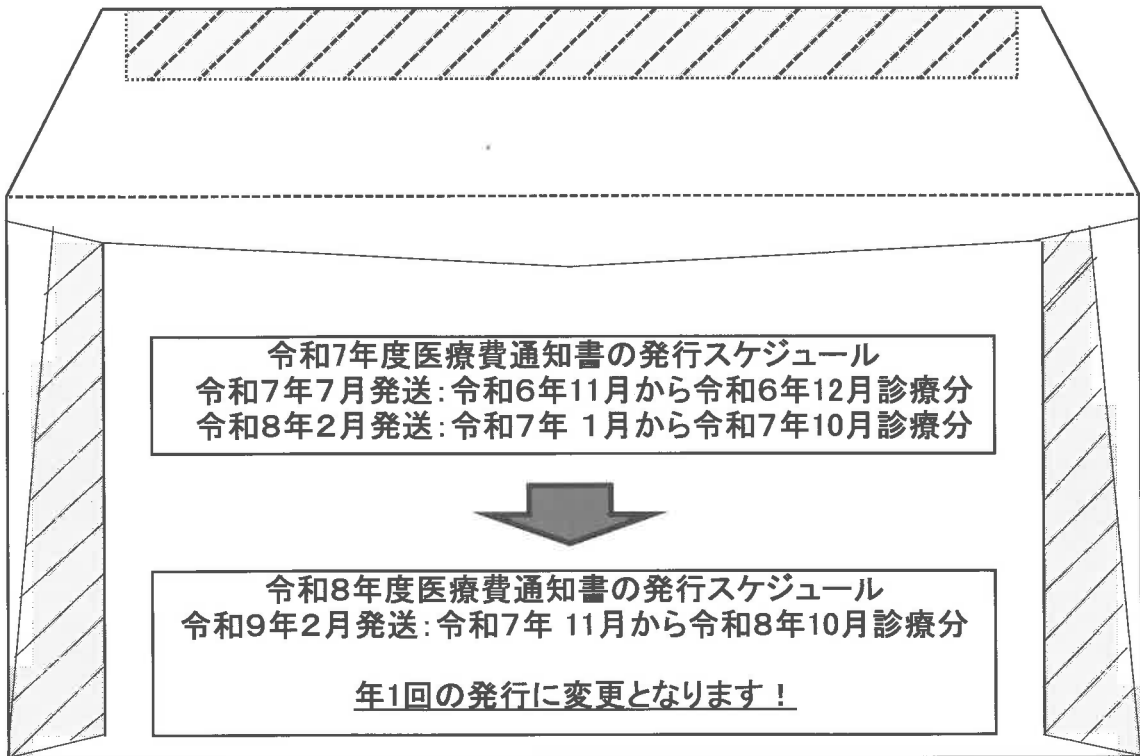
上側



下側

2 封筒（裏面）

上側



下側

(別添)

令和7年度医療費通知書(令和6年11月～令和7年10月診療分)・ジェネリック医薬品(後発医薬品)希望シール作成及び封入等業務委託設計書

	品名	見込み通数	単価金額(税抜)
1	医療費通知作成及び封入等業務	930,000	
2	ジェネリック希望シール作成業務	20,000	
3	医療費通知書PDF作成業務	930,000	
	※各単価に作成に係る諸費用、封入封緘費、輸送費含む		