

## 令和5年度 被保険者証回収勧奨通知作成等業務委託仕様書

### 1 件名

令和5年度 被保険者証回収勧奨通知作成等業務委託

### 2 業務概要等

#### (1) 業務概要

本委託業務は、神奈川県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が被保険者に送付する被保険者証回収勧奨通知（以下「勧奨通知」という。）の作成等に係る以下の業務について、受託者に委託するものである。

なお、勧奨通知は3種類あり、それぞれ年度内に2回（10月上旬及び2月上旬の予定）送付するものであり、送付の時期に合わせて次の業務を行う。なお、イ データ印字に係るプログラム作成を除く各業務を2回行うことになるが、ア 帳票類の作成業務については、必ずしも2回に分けて行う必要はないものとする。

ア 帳票類の作成

イ データの印字

ウ 封入封かん

エ 通知の発送

#### (2) 勧奨通知データ提供時期、送付時期及び想定件数(全体で51,200通程度を想定)

	データ提供時期	送付時期	予定数量
1回目	令和5年9月29日頃	令和5年10月9日～ 令和5年10月11日	13,110通（1割回収通知）
			13,260通（2割回収通知）
			14,040通（3割回収通知）
2回目	令和6年1月29日頃	令和6年2月6日～ 令和6年2月8日	3,400通（1割回収通知）
			3,610通（2割回収通知）
			3,640通（3割回収通知）

### 3 履行期間

令和5年7月19日から令和6年2月29日まで（予定）

### 4 履行場所

受託者所在地

## 5 業務内容

### (1) 帳票類の作成

#### ア 送付用封筒(窓あき)

(ア) 規格 最大で洋形0号サイズ(縦120ミリ×横235ミリ) 窓付き

(イ) 紙質 上質

窓部分はグラシン紙を使用すること

(ウ) 色数 外側1色、内側1色

※封筒の外側から見て封入物が透けて見えないように、封筒の内側に地紋を1色印刷すること。

(エ) 校正 1回

(オ) 予定数量 51, 200枚

#### イ 返信用封筒

(ア) 規格 縦215ミリ×横110ミリ(折り返し部分は含まず)、  
75.5kg/ハترون判

(イ) 紙質 クラフト紙

※封筒の外側から見て封入物が透けて見えないように、封筒の内側に地紋を1色印刷すること。

(ウ) 糊加工 センター貼り 口糊はフタに両面テープ

(エ) 予定数量 51, 200枚

※封筒裏面に印字をおこなうこと。(別紙見本のとおり)

#### ウ 通知書本文用紙(データ印字用用紙)

(ア) 規格 A4

(イ) 紙質 上質55kg

(ウ) 色数 1色

(エ) 校正 3回

(オ) 予定数量 51, 200枚

(1回目・2回目合計枚数。1割、2割、3割各々の見込み数は2(2)参照)

#### エ その他

(ア) 作成する通知の原稿ファイル形式は、Microsoft Officeファイル(Word、Excel、PowerPoint)とし、受託者決定後に受け渡しをするものとする。

版下作成にあたっての文字サイズ、行間、文字間、配色等の調整は受託者が行うこと。

(イ) 送付用封筒、返信用封筒、通知書本文用紙のサイズは近似値とする。ただし、送付用封筒は必ずA4サイズ用紙を三つ折にして封入することができ、定形郵便物として送付可能なサイズであること。

(ウ) 通知書本文について、1回目送付後に生じた軽微な修正は校正の回数に含めず対応するものとする。

(2) データ印字

ア 印字プログラムの作成

広域連合が提供する印字データ（ファイルレイアウトは別紙1-1）、問合せ先市区町村一覧（ファイルレイアウトは別紙1-6-1）及び外字データを基に、「被保険者証回収勧奨通知印字指示書」（別紙2-1、2-2、2-3）に定める内容に適合するよう印字プログラムおよび郵便カスタマーバーコードを作成する。

なお、指示書のレイアウトは基本イメージであり、詳細は受託者決定後に協議して定めるものとする。欄外に管理用の番号等を印字することは差し支えない。

提供するデータファイルは、表1のとおり。データは、本番データの他にテストデータを提供する。

1回目、2回目それぞれで想定されるレコード数については、2(2)のとおり。

表1 提供するデータファイル

別紙	ファイル名（変更可能性あり）	内容
1-1	JKKA2090_003N_YYYYMMDD.csv（1割・正常分） JKKA2092_003N_YYYYMMDD.csv（2割・正常分） JKKA2095_003N_YYYYMMDD.csv（3割・正常分）	印字データ （正常分）
同	JKKA2090_004N_YYYYMMDD.csv（1割・外字あり） JKKA2092_004N_YYYYMMDD.csv（2割・外字あり） JKKA2095_004N_YYYYMMDD.csv（3割・外字あり）	印字データ （外字あり分）
1-2	JKA14M9990001_JKKA570_kaisyukansyo_hikinuki_（csvファイル）	引抜きデータ
1-3	引抜き表（1割証回収用）（xlsファイル）	市町村からの引抜き依頼
1-4	引抜き表（2割証回収用）（xlsファイル）	
1-5	引抜き表（3割証回収用）（xlsファイル）	
1-6-1	ファイルレイアウト	問合せ先市区町村一覧
1-6-2	sikuchoson.csv	

1-7	印字件数表（地方公共団体コード別）(xls ファイル)	印字データを市区町村別に件数分けしたもの（広域連合作成）
	14-eudc-gdl.csv 99-jnet-gdl.csv	外字紐付けデータ
	KAJO_JM.TTE KAJO_JM.tcf	外字データ

#### イ データの提供方法等

本番データ、引抜データ及びテストデータは暗号化後、CD-R又はDVD-Rで提供する。受渡しは、広域連合事務局で行うものとし、提供日程は、受託者決定後に協議して定めるものとする。

データの受渡しに用いたCD-R又はDVD-Rは、データ印字終了後1週間以内に広域連合に返却すること。

データの搬送・返却時には鍵付きのセキュリティーボックスを用いるものとし、セキュリティーボックスは受託者が用意すること。

なお、受領したデータは本業務のためにのみ使用するものとする。

#### ウ 文字等の仕様

印字に当たっては、別紙3「提供データにおける文字の標準仕様」を参照し、適切に対応すること。特に外字の印字については細心の注意を払うこと。また、郵便カスタマーバーコードの読み取り等においては、広域連合の承認を得ること。

#### エ 外字ファイルの印字テスト

広域連合が提供する外字ファイルについて、受託者は本契約の対象となる帳票を印刷するプリンタを使用して事前に印字テストを行い、広域連合が提供する「神奈川県広域外字一覧」と1文字ずつ照合確認を行い、文字の品質を十分担保すること。

なお、外字ファイルが変更された場合には、その都度、印字テストを行うこと。

#### オ 外字あり分（1割・2割・3割）の取り扱い

印字内容に外字が含まれるデータレコードについては、別ファイルで提供するが、印字に当たっても、それ以外のレコードから分離し、その後の補記等の作業が煩雑にならないよう取り扱うこと。

また、外字が含まれるレコードの印字内容の詳細については、受託者決定後に協議して定めるものとする。

#### カ テストデータ印字

印字内容、印字位置及び文字の仕様（外字を含む。）が正しいか確認するため、広域連合が提供するテストデータを基に、(1)で作成した帳票に印字を行う。

印字結果に本仕様に定める内容と相違があった場合は、速やかに修正し、再度、テストデータ印字を行うこと。最終的に広域連合の承認を得るまで、テストデータ印字を行うものとする。印字件数は100件程度とするが、再印字においては、修正内容を勘案して決定する。外字が含まれるレコードについては、これとは別に必要な件数をテスト印字するものとする。

なお、テストデータ印字に必要な帳票は、受託者の負担とする。

#### キ データ消込処理

本番データ作成後に送付が不要になったレコードについて、本番データからの消込処理を行う。消込対象データは①バッチ出力されるCSVデータ（ファイルレイアウトは別紙1-2）のほかに、②市町村からの引抜依頼のエクセルデータ（別紙1-3、1-4、1-5）の3種類がある。

受渡しは、本番印字データと同時におこなう。

消込対象データは本番に含まれるものと同様のユニークコードを含み、個人情報を含まないものとする。消込対象データの想定件数は、1回目4,600件・2回目3,600件程度とする。

#### ク 本番データ印字

印字テストデータ印字結果について広域連合の承認を得てから、本番印字データを使用してキの消込処理を行った後通知書本文用紙への印字を行う。広域連合が提供する印字データは、1割、2割、3割の3種類それぞれに、外字あり（未登録外字・桁あふれ分）、外字なし（正常分）がある。また、1回目、2回目は送付時期が異なるため、それぞれに印字を行う。

### (3) 封入封かん及び封筒の区分

#### ア 封入封かん

前号クで印字した通知書本文用紙を三つ折の上、(1)で作成した封筒の窓枠に送付先住所氏名が確実に表示されるように封入する。返信用封筒も封入すること。

封入の順は、①通知書本文（宛名印字あり）②返信用封筒とする。

封入した封筒を封かんし、全通、きちんと封かんができているかの確認を行うこと。ただし、前号オで規定した外字あり分については封入のみとし、封かんはしない。

作業に当たっては、1枚の送付用封筒に複数枚の通知・返信用封筒が封入されないよう注意すること。また、封入封かん時のミスにより使用できなくなった印字済み帳

票については、再印字し、封入封かんを行うこと。

イ 成果物の区分

封かんした外字なし分の成果物は、郵便番号に基づくバーコード付区分郵便物として、最も割引率が高くなる方法で発送することができるよう区分する。

また、外字あり分については上記とは別に、郵便局差出の2営業日前の午前中に広域連合事務局に搬入すること。

(4) 通知の発送

封かん後区分した封筒について、2(2)の送付時期の最終日までに川崎東郵便局（神奈川県川崎市川崎区東扇島8番地）に差出すること。割引の適用条件の確認、また差出方法等の調整については、原則受託者が行うこと。

なお、立会免除については広域連合が申請する。

また、成果物を運搬する際に使用する車両は、積荷に対して施錠管理のできるものを使用すること。

差出については、広域連合が提供する差出票（別紙4）を使用する。

(5) 引抜後発送対象者リスト及び引抜対象者リストの作成

1回目、2回目とも、引抜後発送対象者リスト及び引抜対象者リストを作成し、差出日と同日に広域連合に納入すること。

引抜後発送対象者リスト及び引抜対象者リストの記載内容の詳細および引渡し方法については、受託者決定後に協議して定めるものとする。

(6) 余剰分の帳票について

各帳票（送付用封筒、返信用封筒）の余剰分については、広域連合事務局に搬入すること。通知書本文用紙は、残数を広域連合に通知のうえ、承諾を得てからシュレッダー、焼却、溶解等の方法により再生不可能な状態にして処分すること。

余剰帳票の搬入日については、事前に広域連合事務局と調整すること。

(7) その他

ア 作業への立会い

作業状況等の把握のため、広域連合は、必要に応じて、データの授受、印刷、データ印字、封入封かん作業に立ち会うことができるものとする。

イ データの取り扱い

広域連合が提供するデータは本業務の履行のためにのみ使用するものとし、複製等は一切行わないこと。使用後のデータは業務完了後、完全に削除すること。なお、削除には専用ソフトを使用し、復元が不可能な状態にすること。データ削除の証明として、受託者は専用ソフトの作業画面等を添付して作業報告書を提出すること。

#### ウ 不要帳票類の廃棄

印刷工程における障害（ジャム）等により破棄しなければならない帳票類が発生した場合は、シュレッダー、焼却、溶解等の方法により再生不可能な状態にして処分すること。

#### エ 議事録等の作成

受託者は、本業務について広域連合と打ち合わせを行ったときは、議事録を作成し、打ち合わせを行った日から1週間以内に広域連合に提出すること。

### 6 業務履行に係る体制

- (1) 土日祝日を除く午前9時から午後5時の間は、常時、本業務の担当者のいずれかと電話連絡が取れるようにすること。
- (2) トラブル発生に対して迅速な対応ができるようバックアップ体制を整えること。
- (3) 障害発生時を考慮し、プリンター等の機材は複数台備えていること。

### 7 契約方法

単価契約とする。単価の項目については、別紙5参照。

### 8 委託料

#### (1) 完了検査及び委託料の請求

受託者は次に定める各業務の納品完了時に、広域連合に書面で業務の完了を報告し、広域連合の検査に合格したときは、業務委託料の支払いを請求することができる。

#### (2) 委託料の支払い

広域連合は、業務ごとの契約単価に処理件数を乗じた額（その額に1円未満の端数がある場合は端数を切り捨てた額）の合計額に、取引にかかる消費税額（地方消費税額を含む。）として、100分の10を乗じた額を加算して受託者に支払う（その額に1円未満の端数がある場合は端数を切り捨てた額）。支払いの期限は、契約約款に基づく適法な請求書を受理した日から30日とする。

## 9 かし担保責任

受託者は、広域連合の検収日後に発見されたかしを無償で是正しなければならない。ただし、その期間は検収後1年間とする。

## 10 その他事項

- (1) CSV ファイル、TTE ファイル及び EUF ファイルを加工する能力があること。また、本業務で作成する通知に印字されるデータの行数及び枚数は、対象被保険者のデータ量により異なるため、そのデータに対応する印字プログラムを作成する技術を有すること。
- (2) 「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文字体系を入手できること。
- (3) 受託者は、本委託業務の履行にあたり、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、神奈川県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（神奈川県後期高齢者医療広域連合条例第16号）、本契約約款第20条に規定する特記事項を厳格に遵守すること。
- (4) 受託者は、本委託業務の履行にあたり、システム障害、情報流出等の事故が発生した場合には、直ちに広域連合に報告しなければならない。
- (5) 受託者の責めに帰すべき理由により、当該契約による業務を処理するため使用する個人情報の内容を、漏えい、き損、滅失及び改ざん等の事故が生じたときは、受託者が一切の責任を負うものとする。
- (6) 本仕様書に定めのない事項及び疑義が生じた場合は、必要に応じて広域連合と受託者が協議して定めるものとする。
- (7) 成果物の作成について特許等がある場合は、受託者がその使用許諾等の責任を負うこと。
- (8) 成果物に係る所有権は、すべて広域連合に帰属すること。



## 被保険者証回収勸奨通知ファイルレイアウト

ファイル名称		JKKA2090_003N_YYMMDD.csv、JKKA2095_003N_YYMMDD.csv、JKKA2097_003N_YYMMDD.csv JKKA2090_004N_YYMMDD.csv、JKKA2095_004N_YYMMDD.csv、JKKA2097_004N_YYMMDD.csv			
ファイル形式		CSV	区切り文字	半角カンマ 各項目は“(ダブルクォーテーション)”で囲まれている。	
文字コード		JTF-8 (BOMなし)	改行コード	CRLF	
No.	項目名	桁数	固定/ 可変	書式	備考
1	連番	6	固定	XXXXXX	
2	後期高齢者医療保険者番号	8	固定	XXXXXXXX	
3	被保険者番号	8	固定	XXXXXXXX	
4	被保険者氏名(漢字)	40	固定	全角40文字	左詰め/全角空白埋め 入力ファイル.[項番64]被保険者氏名_未登録外字が“1”の場合、“●”を全角空白に置換える。 入力ファイル.[項番65]被保険者氏名_桁あふれが“1”の場合、全桁全角空白に置換える。
5	宛名郵便番号	7	固定	XXXXXXX	
6	宛名都道府県名(漢字)	4	固定	全角4文字	左詰め/全角空白埋め
7	宛名市町村名(漢字)	12	固定	全角12文字	左詰め/全角空白埋め
8	宛名住所(漢字)	100	固定	全角100文字	左詰め/全角空白埋め 入力ファイル.[項番66]宛名住所_未登録外字が“1”の場合、“●”を全角空白に置換える。 入力ファイル.[項番67]宛名住所_桁あふれが“1”の場合、全桁全角空白に置換える。
9	宛名氏名(漢字)	40	固定	全角40文字	左詰め/全角空白埋め 入力ファイル.[項番68]宛名氏名_未登録外字が“1”の場合、“●”を全角空白に置換える。 入力ファイル.[項番69]宛名氏名_桁あふれが“1”の場合、全桁全角空白に置換える。
10	最新証_証発行負担区分割合(漢字)	40	固定	全角40文字	左詰め/全角空白埋め
11	旧証_証発行負担区分割合(漢字)	40	固定	全角40文字	左詰め/全角空白埋め
12	お問い合わせ先_市区町村名		可変	全角文字	
13	お問い合わせ先_課・係名		可変	全角文字	
14	お問い合わせ先_郵便番号		可変	XXXXXXX	
15	お問い合わせ先_住所		可変	全角文字	
16	お問い合わせ先_電話番号		可変	XXXX-XXXX-XXXX	
17	送付年月日(元号)		可変		西暦年を和暦変換
18	送付年月日(和暦年)	2	固定	Z9	西暦年を和暦変換、 先頭ZEROの場合ZEROを空白に置き換え
19	送付年月日(月)	2	固定	Z9	先頭ZEROの場合ZEROを空白に置き換え
20	送付年月日(日)	2	固定	Z9	先頭ZEROの場合ZEROを空白に置き換え
21	返却期限年月日(元号)		可変		西暦年を和暦変換
22	返却期限年月日(和暦年)	2	固定	Z9	西暦年を和暦変換、 先頭ZEROの場合ZEROを空白に置き換え
23	返却期限年月日(月)	2	固定	Z9	先頭ZEROの場合ZEROを空白に置き換え
24	返却期限年月日(日)	2	固定	Z9	先頭ZEROの場合ZEROを空白に置き換え
25	抽出年月日(元号)		可変		西暦年を和暦変換
26	抽出年月日(和暦年)	2	固定	Z9	西暦年を和暦変換、 先頭ZEROの場合ZEROを空白に置き換え
27	抽出年月日(月)	2	固定	Z9	先頭ZEROの場合ZEROを空白に置き換え
28	抽出年月日(日)	2	固定	Z9	先頭ZEROの場合ZEROを空白に置き換え
29					

被保険者証回収勧奨通知引抜対象者CSVファイル(保険者番号(支所)別) (JKKA14M9990001_JKKA570_kaisyukansyo_hikinuki.YYYYMM.LLLLLL_99999999_X.csv/ JKKA14M9990001_JKKA570_kaisyukansyo_hikinuki.YYYYMM.LLLLLL_99999999_X_00.csv)		※ファイル名は現行のもの。変更可能性あり							
フィールド定義		ヘッダー部:ファイルの1レコード目 CSV形式ファイル							
項番	日本語名称(項目名称)	再定義	レベル	データ名(記号項目名称)	2) 属性(T)	3) 長さ	反復回数	開始位置	4) 備考
1	被保険者証回収勧奨通知引抜対象者CSVファイル	01							
2	勧奨通知対象区分(今回分)	03		KNSYCHTISY_KBN_KNKI	X	2			
3	連番	03		NO	X	6			
【被保険者情報部分】									
4	被保険者番号	03		HHS_BNG	X	8			
5	後期高齢者医療保険者番号	03		KKKRSY_JRHKS_BNG	X	8			
6	地方公共団体コード	03		THKDT_CD	X	6			
7	個人区分コード	03		KJN_KBN_CD	X	1			
8	宛番号	03		KJN_BNG	X	16			
9	被保険者氏名(漢字)	03		HHS_SHMKJ	N	40			
10	被保険者生年月日	03		HHS_BRTH_YMD	X	8			YYYYMMDD
11	被保険者資格喪失年月日	03		HHS_SKSS_YMD	X	8			YYYYMMDD
12	被保険者更新年月日	03		HHS_UPD_YMD	X	8			YYYYMMDD
13	消除年月日	03		SVJY_YMD	X	8			
【負担割合部分】									
14	負担区分年度	03		OLD_FTN_KBN_NND	X	4			YYYY
15	負担区分履歴	03		OLD_FTN_KBN_TUBN	X	5			
16	負担区分決定年月日	03		OLD_FTN_KBN_KTTL_YMD	X	8			YYYYMMDD
17	負担区分年月	03		OLD_FTN_KBN_YM	X	6			YYYYMM
18	算定負担区分08コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN08_CD	X	2			
19	8月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ08	N	2			
20	算定負担区分09コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN09_CD	X	2			
21	9月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ09	N	2			
22	算定負担区分10コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN10_CD	X	2			
23	10月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ10	N	2			
24	算定負担区分11コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN11_CD	X	2			
25	11月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ11	N	2			
26	算定負担区分12コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN12_CD	X	2			
27	12月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ12	N	2			
28	算定負担区分01コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN01_CD	X	2			
29	1月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ01	N	2			
30	算定負担区分02コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN02_CD	X	2			
31	2月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ02	N	2			
32	算定負担区分03コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN03_CD	X	2			
33	3月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ03	N	2			
34	算定負担区分04コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN04_CD	X	2			
35	4月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ04	N	2			
36	算定負担区分05コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN05_CD	X	2			
37	5月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ05	N	2			
38	算定負担区分06コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN06_CD	X	2			
39	6月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ06	N	2			
40	算定負担区分07コード	03		OLD_SNTL_FTN_KBN07_CD	X	2			
41	7月負担割合(漢字)	03		OLD_FTN_WRI_KJ07	N	2			
42	負担区分更新年月日	03		OLD_FTN_KBN_UPD_YMD	X	8			YYYYMMDD
43	最新_負担区分年度	03		NEW_FTN_KBN_NND	X	4			YYYY
44	最新_負担区分履歴	03		NEW_FTN_KBN_TUBN	X	5			

被保険者証回収勧奨通知引抜対象者CSVファイル(保険者番号(支所)別) (JKKA14M9990001_JKKA570_kaisyukansyo_hikinuki.YYYYMM.LLLLLL.99999999_X.csv/ JKKA14M9990001_JKKA570_kaisyukansyo_hikinuki.YYYYMM.LLLLLL.99999999_X_00.csv)		※ファイル名は現行のもの。変更可能性あり							
フィールド定義		ヘッダー部:ファイルの1レコード目 CSV形式ファイル							
1)再定義:再定義項目=R 2)属性:英数字=X、漢字=N、数字編集=Z、符号無し外部10=9、符号付き外部10進=S 内部10進=P、2進=B、集団項目=空白 3)長さ:文字数(バイト数ではない)P、q(但し、Pは整数けた数、qは少数けた数) COBOLではp+qは最大18桁									
項番	日本語名称(項目名称)	再定義	レベル	データ名(記号項目名称)	2)属性(T)	3)長さ	反復回数	開始位置	4)備考
45	最新_負担区分決定年月日		03	NEW.FTN.KBN.KTTL.YMD	X	8			YYYYMMDD
46	最新_負担区分年月		03	NEW.FTN.KBN.YM	X	6			YYYYMM
47	最新_算定負担区分08コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN08.CD	X	2			
48	最新_8月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ08	N	2			
49	最新_算定負担区分09コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN09.CD	X	2			
50	最新_9月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ09	N	2			
51	最新_算定負担区分10コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN10.CD	X	2			
52	最新_10月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ10	N	2			
53	最新_算定負担区分11コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN11.CD	X	2			
54	最新_11月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ11	N	2			
55	最新_算定負担区分12コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN12.CD	X	2			
56	最新_12月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ12	N	2			
57	最新_算定負担区分01コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN01.CD	X	2			
58	最新_1月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ01	N	2			
59	最新_算定負担区分02コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN02.CD	X	2			
60	最新_2月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ02	N	2			
61	最新_算定負担区分03コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN03.CD	X	2			
62	最新_3月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ03	N	2			
63	最新_算定負担区分04コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN04.CD	X	2			
64	最新_4月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ04	N	2			
65	最新_算定負担区分05コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN05.CD	X	2			
66	最新_5月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ05	N	2			
67	最新_算定負担区分06コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN06.CD	X	2			
68	最新_6月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ06	N	2			
69	最新_算定負担区分07コード		03	NEW.SNTL.FTN.KBN07.CD	X	2			
70	最新_7月負担割合(漢字)		03	NEW.FTN.WRL.KJ07	N	2			
71	最新_負担区分更新年月日		03	NEW.FTN.KBN.UPD.YMD	X	8			YYYYMMDD
【証発行情報部分】									
72	回収証_証発行種別コード		03	SHKK.SYBT.CD	X	3			
72	回収証_証発行履歴通番		03	NEW.SHKK.PRRK.TUBN	X	5			
73	回収証_証発行交付年月日		03	NEW.SHKK.KF.YMD	X	8			YYYYMMDD
74	回収証_証発行発効期日年月日		03	NEW.SHKK.HKKK.YMD	X	8			YYYYMMDD
75	回収証_証発行負担区分割合		03	NEW.SHKK.FTN.WRL	X	2			
76	回収証_証発行負担区分割合(漢字)		03	NEW.SHKK.FTN.WRL.KJ	X	40			
77	回収証_証発行証回収区分コード		03	NEW.SHKK.SYO.KSKBN.CD	X	1			
78	回収証_回収年月日		03	NEW.KSY.YMD	X	8			YYYYMMDD
【宛名部分】									
79	宛名氏名(漢字)		03	OLD.ATN.SHMKJ	N	40			
80	宛名郵便番号		03	OLD.ATN.ZIP.CD	X	7			
81	宛名都道府県名(漢字)		03	OLD.ATN.TDFK.NMKJ	N	4			
82	宛名市町村名(漢字)		03	OLD.ATN.STS.NMKJ	N	12			
83	宛名住所(漢字)		03	OLD.ATN.ADDR.KJ	N	100			
【送付先情報】									
84	更新_送付先氏名(漢字)		03	NEW.ATN.SHMKJ	N	40			
85	更新_送付先郵便番号		03	NEW.ATN.ZIP.CD	X	7			
86	更新_送付先都道府県名(漢字)		03	NEW.ATN.TDFK.NMKJ	N	4			
87	更新_送付先市町村名(漢字)		03	NEW.ATN.STS.NMKJ	N	12			
88	更新_送付先住所(漢字)		03	NEW.ATN.ADDR.KJ	N	100			
【その他の項目】									
89	引換事由コード		03	HKNK.JYU.CD	X	1			

※「YYYYMM」は抽出対象の処理年月を表示する。  
 ※「LLLLL」は抽出対象の地方公共団体コードを表示する。  
 ※「99999999」は抽出対象の後期高齢者医療保険者番号を表示する。  
 ※「X」は支所番号を表示する。

# 引抜き表(1割)

別紙1-3 (1割証回収用)

## ◆ 1割の被保険者証のご返却のお願い引抜き表

No	被保険者番号	被保険者氏名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
・		
・		
・		

## 引抜き表(2割)

別紙1-4 (2割証回収用)

◆ 2割の被保険者証のご返却のお願い引抜き表

No	被保険者番号	被保険者氏名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
.		
.		
.		

# 引抜き表(3割)

別紙1-5 (3割証回収用)

## ◆ 3割の被保険者証のご返却のお願い引抜き表

No	被保険者番号	被保険者氏名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
.		
.		
.		

【 データレコード②市区町村情報マスタ 】

20100108

項番	項目名称	属	文字数	バイト数	プリント位置	備考
1	保険者番号 ★	X	8	8		
2	市区町村名称	N	23	46		全角にて設定
3	市区町村部課名称	N	23	46		全角にて設定
4	市区町村郵便番号	N	9	18		“〒123-4567” 全角 (〒・ハイフン付) にて設定
5	市区町村住所	N	23	46		全角にて設定
6	市区町村電話番号	N	23	46		全角にて設定
7	市区町村FAX番号	N	23	46		全角にて設定
	★…マッチングKEY					

相模原市緑区住所かたがき増のため、文字数・バイト数増の可能性あり。

■被保険者証印字用データとのマッチングKEY

保険者番号

■データ入力順

保険者番号

■備考

項番1 保険者番号 … 1バイト設定

項番2 市区町村名称… ○○○市役所、●●●町役場

項番6 電話番号 … 全角統一で23文字入力・見出し“電話”“TEL”等の文字もデータとして入力

項番7 FAX番号 … 全角統一で23文字入力・見出し“FAX”等の文字もデータとして入力

すべてSPACEを設定する場合あり

※全角項目はSPACEも全角にて入力

39141015 横浜市鶴見区役所	保険年金課 保険係 (2階7番窓口)	〒230-0051	横浜市鶴見区鶴見中央3-20-1	電話:045-510-1810	FAX:045-510-1898
39141023 横浜市神奈川区役所	保険年金課 保険係 (別館1階152番窓口)	〒221-0824	横浜市神奈川区広台太田町3-8	電話:045-411-7126	FAX:045-322-1979
39141031 横浜市西区役所	保険年金課 保険係 (1階9番窓口)	〒220-0051	横浜市西区中央1-5-10	電話:045-320-8427	FAX:045-322-2183
39141049 横浜市中区役所	保険年金課 保険係	〒231-0021	横浜市中区日本大通35	電話:045-224-8317	FAX:045-224-8309
39141056 横浜市南区役所	保険年金課 保険係 (2階19番窓口)	〒232-0024	横浜市南区浦舟町2-33	電話:045-341-1128	FAX:045-341-1131
39141064 横浜市保土ヶ谷区役所	保険年金課 保険係 (1階8番窓口)	〒240-0001	横浜市保土ヶ谷区川辺町2-9	電話:045-334-6338	FAX:045-334-6334
39141072 横浜市磯子区役所	保険年金課 保険係	〒235-0016	横浜市磯子区磯子3-5-1	電話:045-750-2428	FAX:045-750-2545
39141080 横浜市金沢区役所	保険年金課 保険係	〒236-0021	横浜市金沢区泥亀2-9-1	電話:045-788-7835	FAX:045-788-0328
39141098 横浜市港北区役所	保険年金課 保険係	〒222-0032	横浜市港北区大豆戸町26-1	電話:045-540-2349	FAX:045-540-2355
39141106 横浜市戸塚区役所	保険年金課 保険係	〒244-0003	横浜市戸塚区戸塚町16-17	電話:045-866-8449	FAX:045-871-5809
39141114 横浜市港南区役所	保険年金課 保険係 (2階23番窓口)	〒233-0003	横浜市港南区港南4-2-10	電話:045-847-8423	FAX:045-845-8413
39141122 横浜市旭区役所	保険年金課 保険係	〒241-0022	横浜市旭区鶴ヶ峰1-4-12	電話:045-954-6138	FAX:045-954-5784
39141130 横浜市緑区役所	保険年金課 保険係 (2階25番窓口)	〒226-0013	横浜市緑区寺山町118	電話:045-930-2344	FAX:045-930-2347
39141148 横浜市瀬谷区役所	保険年金課 保険係 (2階26番窓口)	〒246-0021	横浜市瀬谷区二ツ橋町190	電話:045-367-5727	FAX:045-362-2420
39141155 横浜市栄区役所	保険年金課 保険係	〒247-0005	横浜市栄区桂町303-19	電話:045-894-8426	FAX:045-895-0115
39141163 横浜市泉区役所	保険年金課 保険係 (2階206番窓口)	〒245-0024	横浜市泉区和泉中央北5-1-1	電話:045-800-2427	FAX:045-800-2512
39141171 横浜市青葉区役所	保険年金課 保険係 (2階27番窓口)	〒225-0024	横浜市青葉区市ヶ尾町31-4	電話:045-978-2337	FAX:045-978-2417
39141189 横浜市都筑区役所	保険年金課 保険係 (2階5番窓口)	〒224-0032	横浜市都筑区茅ヶ崎中央32-1	電話:045-948-2336	FAX:045-948-2339
39141312 川崎市川崎区役所	保険年金課 後期・介護・医療費助成担当	〒210-8570	川崎市川崎区東田町8番地	電話:044-201-3277	FAX:044-201-3290
39141313 大前支所 区民センター	保険年金担当	〒210-0812	川崎市川崎区東門前2丁目1番1号	電話:044-271-0159	FAX:044-271-0125
39141314 田島支所 区民センター	保険年金担当	〒210-0852	川崎市川崎区綱管通2丁目3番7号	電話:044-322-1987	FAX:044-322-1992
39141320 川崎市幸区役所	保険年金課 後期・介護・医療費助成担当	〒212-8570	川崎市幸区戸手本町1丁目11番地1	電話:044-556-6721	FAX:044-555-3149
39141338 川崎市中原区役所	保険年金課 後期・介護・医療費助成担当	〒211-8570	川崎市中原区小杉町3丁目245番地	電話:044-744-3204	FAX:044-744-3341
39141346 川崎市高津区役所	保険年金課 後期・介護・医療費助成担当	〒213-8570	川崎市高津区下作延2丁目8番1号	電話:044-861-3175	FAX:044-861-3355
39141353 川崎市多摩区役所	保険年金課 後期・介護・医療費助成担当	〒214-8570	川崎市多摩区登戸1775番地1	電話:044-935-3161	FAX:044-935-3392
39141361 川崎市宮前区役所	保険年金課 後期・介護・医療費助成担当	〒216-8570	川崎市宮前区宮前平2丁目20番地5	電話:044-856-3159	FAX:044-856-3196
39141379 川崎市麻生区役所	保険年金課 後期・介護・医療費助成担当	〒215-8570	川崎市麻生区万福寺1丁目5番1号	電話:044-965-5188	FAX:044-965-5202
39141502 相模原市役所	国保年金課 後期高齢班	〒252-5277	相模原市中央区中央2-11-15	電話:042-707-8787	FAX:042-751-5444
39141510 相模原市役所	国保年金課 後期高齢班	〒252-5277	相模原市中央区中央2-11-15	電話:042-707-8787	FAX:042-751-5444
39141528 相模原市役所	国保年金課 後期高齢班	〒252-5277	相模原市中央区中央2-11-15	電話:042-707-8787	FAX:042-751-5444
39141536 相模原市役所	国保年金課 後期高齢班	〒252-5277	相模原市中央区中央2-11-15	電話:042-707-8787	FAX:042-751-5444
39142013 横須賀市役所	健康保険課 後期高齢者医療係	〒238-8550	横須賀市小川町11番地	電話:046-822-8272	FAX:046-822-4718
39142039 平塚市役所	保険年金課 後期高齢者医療担当	〒254-8686	平塚市浅間町9番1号	電話:0463-21-9768	FAX:0463-21-9742
39142047 鎌倉市役所	保険年金課 医療給付担当	〒248-8686	鎌倉市御成町18-10	電話:0467-61-3961	FAX:0467-23-5101
39142054 藤沢市役所	保険年金課 後期高齢者医療担当 (本庁舎1階)	〒251-8601	藤沢市朝日町1番地の1	電話:0466-50-3575	FAX:0466-50-8413
39142062 小田原市役所	保険課 高齢者医療係	〒250-8555	小田原市竈窪300番地	電話:0465-33-1843	FAX:0465-33-1829
39142070 茅ヶ崎市役所	保険年金課 後期高齢者医療保険担当	〒253-8686	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1	電話:0467-81-7157	FAX:0467-82-1197
39142088 逗子市役所	国保健康課 保険年金係	〒249-8686	逗子市逗子5丁目2番16号	電話:046-873-1111 (代)	FAX:046-873-4520
39142104 三浦市役所	保険年金課	〒238-0298	三浦市城山町1番1号	電話:046-882-1111 (代)	FAX:046-882-2836
39142112 秦野市役所	国保年金課 後期高齢者医療担当	〒257-8501	秦野市桜町一丁目3番2号	電話:0463-82-5491	FAX:0463-82-5198
39142120 厚木市役所	国保年金課 長寿医療係	〒243-8511	厚木市中町3-17-17	電話:046-225-2223	FAX:046-225-4645
39142138 大和市役所	保険年金課 高齢者保険係 (市役所本庁舎1階)	〒242-8601	大和市下鶴間一丁目1番1号	電話:046-260-5122	FAX:046-260-5158
39142146 伊勢原市役所	保険年金課 後期高齢者医療係	〒259-1188	伊勢原市田中348番地	電話:0463-94-4521	FAX:0463-95-7612
39142153 海老名市役所	国保医療課	〒243-0492	海老名市勝瀬175番地の1	電話:046-235-4595	FAX:046-236-5574
39142161 座間市役所	保険年金課	〒252-8566	座間市緑ヶ丘一丁目1番1号	電話:046-255-1111 (代)	FAX:046-252-7043
39142179 南足柄市役所	市民課 保険年金班	〒250-0192	南足柄市関本440番地	電話:0465-73-8011	FAX:0465-70-1821
39142187 綾瀬市役所	保険年金課 保険年金担当	〒252-1192	綾瀬市早川550番地	電話:0467-70-5617	FAX:0467-70-5701
39143011 葉山町役場	町民健康課 高齢者医療担当	〒240-0192	三浦郡葉山町堀内2135	電話:046-876-1111 (代)	FAX:046-876-1717
39143219 寒川町役場	高齢年金課 国保・高齢者医療担当	〒253-0196	高座郡寒川町宮山165番地	電話:0467-74-1111 (代)	FAX:0467-74-5613
39143417 大磯町役場	町民課 保険年金係	〒255-8555	中郡大磯町東小磯183番地	電話:0463-61-4100 (代)	FAX:0463-61-1991
39143425 二宮町役場	福祉保険課 国保年金班	〒259-0196	中郡二宮町二宮961番地	電話:0463-71-3190	FAX:0463-73-0134
39143615 中井町役場	税務町民課	〒259-0197	足柄上郡中井町比奈窪56番地	電話:0465-81-1114	FAX:0465-81-3327
39143623 大井町役場	町民課	〒258-8501	足柄上郡大井町金子1995番地	電話:0465-85-5007	FAX:0465-82-3295
39143631 松田町役場	町民課 国保年金係	〒258-8585	足柄上郡松田町松田惣領2037	電話:0465-83-1225	FAX:0465-83-1229
39143649 山北町役場	保険健康課 保険年金班	〒258-0195	足柄上郡山北町山北1301番地4	電話:0465-75-3642	FAX:0465-79-2171
39143664 開成町役場	総合窓口課	〒258-8502	足柄上郡開成町延沢773番地	電話:0465-84-0324	FAX:0465-82-5234
39143821 箱根町役場	保険健康課	〒250-0398	足柄下郡箱根町湯本256番地	電話:0460-85-9564	FAX:0460-85-8124
39143839 真鶴町役場	健康長寿課	〒259-0202	足柄下郡真鶴町若244番地の1	電話:0465-68-1131 (代)	FAX:0465-68-5119
39143847 湯河原町役場	住民課	〒259-0392	足柄下郡湯河原町中央二丁目2番地1	電話:0465-63-2111 (代)	FAX:0465-63-2384
39144019 愛川町役場	国保年金課	〒243-0392	愛川町角田251番地1	電話:046-285-2111 (代)	FAX:046-285-6010
39144027 清川村役場	税務住民課 住民保険係	〒243-0195	愛甲郡清川村煤ヶ谷2216番地	電話:046-288-3849	FAX:046-288-1909





- ⑤《宛名郵便番号》
- ⑥《宛名都道府県名(漢字)》⑦《宛名市町村名(漢字)》
- ⑧《宛名住所(漢字)》
- ⑨《宛名氏名(漢字)》様  
《郵便カスタマーバーコード》
- ①《処理通番》

⑰から⑳《送付年月日》

【お問い合わせ先】  
市区町村役所  
〒 ⑫から⑰  
住所  
電話番号 FAX  
(返送先は神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局です。)

## 1割の後期高齢者医療被保険者証のご返却のお願い

被保険者番号③《被保険者番号》  
被保険者氏名④《被保険者氏名(漢字)》様

平素より、後期高齢者医療制度に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
本制度では、後期高齢者医療被保険者証(以下「保険証」という。)の有効期限内であっても、医療機関等の窓口でお支払いいただく一部負担金の割合が変わる場合があります。その場合は、新しい保険証をお送りし、古い保険証はご返却いただくことになっております。

⑩ 現在、あなたの保険証の一部負担割合は、《最新証証発行負担区分割合(漢字)》です。

これまでお使いいただいていた《旧証証発行負担区分割合(漢字)》の保険証はお使いいただくことができませんので、《返却期限年月日》までに同封の

⑪ ⑲から ⑳の返信用封筒でご返却いただきますようお願いいたします。

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 令和 6年 7月 31日 交付年月日 令和 4年10月 1日	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地
氏名	広城 太郎 男
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
発効期日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
一部負担の割合	1割
保険者番号並びに保険	3 9 1 4 〇 〇 〇 〇

⑲から ⑳ 1割で有効期限が令和6年7月31日のだいたい色の保険証をご返却ください。

○すでに、1割負担の保険証を返却されている場合は行き違いですので、ご了承ください。(抽出日《抽出年月日》現在) ㉕から㉘

○変更前の1割負担の保険証を返却せずに使用された場合は、変更後が2割負担の場合は1割分、3割の場合は2割分の差額を後日お支払いいただくこととなります。お手続きに関しては市区町村の担当窓口までお問合せください。

○変更後の保険証(2割負担又は3割負担)がお手元にはない場合は、市区町村の担当窓口までご連絡ください。

### きりとり

変更前の保険証がお手元にはない場合は、下記の届出書にご記入の上、神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局までご返送ください。

後期高齢者医療被保険者証に関する届出書		
神奈川県後期高齢者医療広域連合長 一部負担金の割合が1割と印字された後期高齢者医療被保険者証(保険証)が手元にはないことを届け出ます。		
お手元にはない理由(いずれかにレ点を入れてください) <input type="checkbox"/> 自分で廃棄したため <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 既に返却したため	被保険者番号	③ 《被保険者番号》
	届出年月日	令和 年 月 日
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日

- ⑤《宛名郵便番号》
- ⑥《宛名都道府県名(漢字)》⑦《宛名市町村名(漢字)》
- ⑧《宛名住所(漢字)》
- ⑨《宛名氏名(漢字)》様  
《郵便カスタマーバーコード》
- ①《処理通番》

⑰から⑳《送付年月日》

【お問い合わせ先】  
市区町村役所  
〒 ⑫から⑰  
住所  
電話番号 FAX  
(返送先は神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局です。)

## 2割の後期高齢者医療被保険者証のご返却のお願い

被保険者番号③《被保険者番号》
被保険者氏名④《被保険者氏名(漢字)》様

平素より、後期高齢者医療制度に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
本制度では、後期高齢者医療被保険者証(以下「保険証」という。)の有効期限内であっても、医療機関等の窓口でお支払いいただく一部負担金の割合が変わる場合があります。その場合は、新しい保険証をお送りし、古い保険証はご返却いただくことになっております。

⑩  
現在、あなたの保険証の一部負担割合は、《最新証証発行負担区分割合(漢字)》です。

これまでお使いいただいていた《旧証証発行負担区分割合(漢字)》の保険証はお使いいただくことができませんので、《返却期限年月日》までに同封の

⑪  
⑲から  
の返信用封筒でご返却いただきますようお願いいたします。

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 令和 6年 7月 31日 交付年月日 令和 4年10月 1日	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地
氏名	広城 太郎 男
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
発効期日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
一部負担の割合	2割
保険者番号	3 9 1 4 〇 〇 〇 〇

⑲から  
2割で有効期限が令和6年7月31日のだいたい色の保険証をご返却ください。

⑳すでに、2割負担の保険証を返却されている場合は行き違いですので、ご了承ください。(抽出日《抽出年月日》現在) ㉕から㉘

㉑変更前の2割負担の保険証を返却せずに使用された場合は、後日、変更後が1割負担の場合は1割分の払い戻しのお手続き、3割負担の場合は1割分の差額をお支払いいただくお手続きが必要になります。お手続きに関しては市区町村の担当窓口までお問合せください。

㉒変更後の保険証(1割負担又は3割負担)がお手元ない場合は、市区町村の担当窓口までご連絡ください。

### きりとり

変更前の保険証がお手元ない場合は、下記の届出書にご記入の上、神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局までご返送ください。

後期高齢者医療被保険者証に関する届出書		
神奈川県後期高齢者医療広域連合長 一部負担金の割合が2割と印字された後期高齢者医療被保険者証(保険証)が手元ないことを届け出ます。		
お手元ない理由(いずれかにレ点を入れてください) <input type="checkbox"/> 自分で廃棄したため <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 既に返却したため	被保険者番号	③《被保険者番号》
	届出年月日	令和 年 月 日
	氏名	
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日

- ⑤《宛名郵便番号》
- ⑥《宛名都道府県名(漢字)》⑦《宛名市町村名(漢字)》
- ⑧《宛名住所(漢字)》
- ⑨《宛名氏名(漢字)》様
- 《郵便カスタマーバーコード》
- ①《処理通番》

⑰から⑳《送付年月日》

【お問い合わせ先】  
 市区町村役所  
 〒 ⑫から⑰  
 住所  
 電話番号 FAX  
 (返送先は神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局です。)

### 3割の後期高齢者医療被保険者証のご返却のお願い

被保険者番号③《被保険者番号》
被保険者氏名④《被保険者氏名(漢字)》様

平素より、後期高齢者医療制度に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。  
 本制度では、後期高齢者医療被保険者証(以下「保険証」という。)の有効期限内であっても、医療機関等の窓口でお支払いいただく一部負担金の割合が変わる場合があります。その場合は、新しい保険証をお送りし、古い保険証はご返却いただくことになっております。

現在、あなたの保険証の一部負担割合は、《最新証証発行負担区分割合(漢字)》です。

これまでお使いになっていた《旧証証発行負担区分割合(漢字)》の保険証はお使いいただくことができませんので、《返却期限年月日》までに同封の

①の返信用封筒でご返却いただきますようお願いいたします。

後期高齢者医療被保険者証	
有効期限 令和 6年 7月 31日	
交付年月日 令和 4年10月 1日	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8
住所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地
氏名	広城 太郎 男
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
発効期日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
一部負担の割合	3割
保険者番号	3 9 1 4 〇 〇 〇

3割で有効期限が令和6年7月31日のだいたい色の保険証をご返却ください。

○すでに、3割負担の保険証を返却されている場合は行き違いですので、ご了承ください。(抽出日《抽出年月日》現在)

○変更前の3割負担の保険証を返却せずに使用された場合は、後日、変更後が1割負担の場合は2割分、2割負担の場合は1割分の払い戻しのお手続きが必要になります。お手続きに関しては市区町村の担当窓口までお問合せください。

○変更後の保険証(1割負担又は2割負担)がお手元にはない場合は、市区町村の担当窓口までご連絡ください。

#### きりとり

変更前の保険証がお手元にはない場合は、下記の届出書にご記入の上、神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局までご返送ください。

後期高齢者医療被保険者証に関する届出書		
神奈川県後期高齢者医療広域連合長 一部負担金の割合が3割と印字された後期高齢者医療被保険者証(保険証)が手元にはないことを届け出ます。		
お手元にはない理由(いずれかにレ点を入れてください) <input type="checkbox"/> 自分で廃棄したため <input type="checkbox"/> 紛失したため <input type="checkbox"/> 既に返却したため	被保険者番号	③ 《被保険者番号》
	届出年月日	令和 年 月 日
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日

### 別紙 3

提供データにおける文字の標準仕様について

項目	回答
文字コード	全角：UTF-16-BE 半角：UTF-8 BOM なし
文字集合	住基ネット統一文字+外字
文字フォント	KAJO_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 (KAJO_J 明朝)
外字ファイル	KAJO_JM.TTE KAJO_JM.tcf
外字フォント	KAJO_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 (KAJO_J 明朝 (外字) )
未登録外字	全角空白
ユーザー外字	BMP の PUA 領域 U+E000~U+F8FF (6,400 文字) のみ を使用

### 後納郵便物等差出票(他局差出)

差出人 神奈川県後期高齢者医療広域連合

広域連合長



【被保険者証等発送用】

〒221-0052

横浜市神奈川区栄町8番地1ヨコハマポートサイドビル9階

後納承認支店 川崎東郵便局



日付印

ビズカード番号  
必ずこの番号で登録願います！

郵便物等の種類	特殊取扱等の種類	重量	地帯等	通(個)数	1通(個)の料金等	特殊取扱料金	合計料金等	摘要
1種(定形)		25gまで			84			
		合計						

資格係

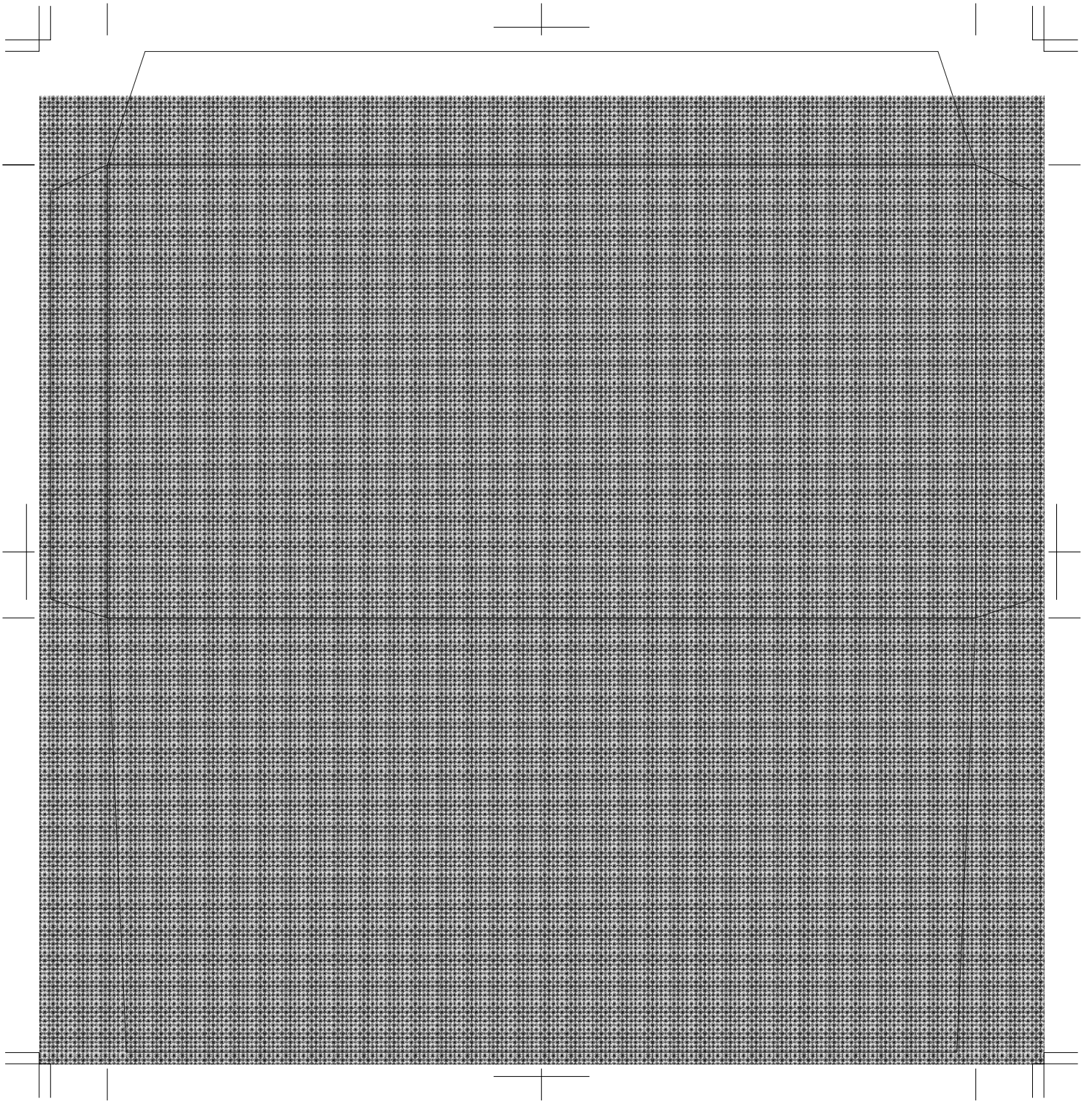
## 単価表

名 称	形状寸法等	数量	単位	単価 (円)	単価内訳	金 額 (円)	摘要
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	送付用封筒印刷	51,200	枚				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	返信用封筒印刷	51,200	枚				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	通知書用台紙印刷	51,200	枚				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	(1回目) データ消込	4,600	件				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	(1回目) 通知書印字・加工	40,410	枚				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	(1回目) 封入封かん(最大)	40,410	通				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	(1回目) 区分・差出(最大)	40,410	通				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	(2回目) データ消込	3,600	件				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	(2回目) 通知書印字・加工	10,650	枚				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	(2回目) 封入封かん(最大)	10,650	通				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	(2回目) 区分・差出(最大)	10,650	通				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	印字プログラム作成	1	式				
被保険者証回収勧奨通知作成等業務	運用管理	1	式				

料金後納  
郵便

差出人 神奈川県後期高齢者医療広域連合  
221-0052  
住所 神奈川県横浜市神奈川区栄町8番地1  
ヨコハマポートサイドビル9階  
電話 045-440-6700(代表)  
FAX 045-441-1500







※ ショカリ糊付けした上で投函してください

2 2 1 - 8 7 9 0

横浜市神奈川区栄町8番地1  
ヨコハマポートサイドビル9階

神奈川県後期高齢者医療広域連合事務局

資格保険料課 資格係 行



(郵便切手不要)



住所	
氏名	

返信用

＜送付する前に再度ご確認ください＞

- 返却すべき「後期高齢者医療被保険者証」(お手元がない場合は届出書)を封入しましたか?
- 返却すべき「後期高齢者医療被保険者証」(お手元がない場合は届出書)以外のものを同封していませんか?  
[介護保険証や国民健康保険証等は、同封しないでください。]

