

別紙2-1資格確認書回収勸奨通知印字指示書

- 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》

⑪から⑫《送付年月日》
【お問い合わせ先】
市区町村役所
〒
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資格確認書 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

自己負担割合が変更になったため、新しい資格確認書を送付いたします。
これまでお使いいただいていた、

- ⑪ 《旧証 証発行負担区分割合(漢字)》の資格確認書は
下記の返却期限までに、同封の返信用封筒でご返却をお願いいたします。

返却期限: 《返却期限年月日》 ⑫から⑭

毎年度、収入額等に基づいて医療機関等の窓口でお支払いいただく自己負担割合の見直しを行っており、有効期限内であっても、割合が変わる場合があります。

現在、あなたの資格確認書の一部負担割合は、《最新証証発行負担区分割合(漢字)》です。

後期高齢者医療資格確認書
有効期限 令和 9年 7月 31日
交付年月日 令和 7年 8月 1日

被保険者番号	12345678		
被保 険 者 住 所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地		
氏 名	広城 太郎	性別	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		
負 担 割 合	1割		
限 度 区 分	〇〇		
限 効 期 日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
長期入院該当			
特定疾病区分			
発 効 期 日			
保 険 者 番 号	3 9 1 4		
並 び に 保 険 者 の 名 称 及	神奈川県後期高齢者医療広域連合		

1割で有効期限が令和9年7月31日ののり紙の資格確認書をご返却ください。

- すでに、1割負担の資格確認書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) ⑮から⑰
- 変更前の1割負担の資格確認書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。
- 変更後の資格確認書(2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

変更前の資格確認書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 資 格 確 認 書 に 関 す る 届 出 書		
神奈川県後期高齢者医療広域連合 一部負担金の割合が1割と印字された後期高齢者医療資格確認書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)	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2-2資格確認書回収勸奨通知印字指示書

- 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》

⑪から⑫《送付年月日》
【お問い合わせ先】
市区町村役所
〒
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資格確認書 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

自己負担割合が変更になったため、新しい資格確認書を送付いたします。
これまでお使いいただいていた、

- ⑪ 《旧証 証発行負担区分割合(漢字)》の資格確認書は
下記の返却期限までに、同封の返信用封筒でご返却をお願いいたします。

返却期限: 《返却期限年月日》 ⑫から⑭

毎年度、収入額等に基づいて医療機関等の窓口でお支払いいただく自己負担割合の見直しを行っており、有効期限内であっても、割合が変わる場合があります。

現在、あなたの資格確認書の一部負担割合は、《最新証証発行負担区分割合(漢字)》です。

後期高齢者医療資格確認書
有効期限 令和 9年 7月 31日
交付年月日 令和 7年 8月 1日

被保険者番号 12345678
住所 ○○市○○区○○町○○番地
氏名 広城 太郎 性別 男
生年月日 昭和○○年○○月○○日

資格取得年月日 平成○○年○○月○○日
負担割合 2割
有効期限 令和○○年○○月○○日
限度区分
有効期限
長期入院該当
特定疾病区分
有効期限
保険者番号 3 9 1 4
並びに保険者の名称 神奈川県後期高齢者医療広域連合

2割で有効期限が令和9年7月31日ののり紙の資格確認書をご返却ください。

- すでに、2割負担の資格確認書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) ⑮から⑯
○変更前の2割負担の資格確認書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。
○変更後の資格確認書(1割負担又は3割負担)がお手元にならない場合は、市区町村の担当窓口までご連絡ください。

きりとり

変更前の資格確認書がお手元にならない場合は、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。

後期高齢者医療資格確認書に関する届出書		
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資格確認書が手元不在ことを届け出ます。		
お手元不在理由(いずれかにレ点を入れてください)	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2-3資格確認書回収勸奨通知印字指示書

- 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》

⑪から⑫《送付年月日》
【お問い合わせ先】
市区町村役所
〒
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資格確認書 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

自己負担割合が変更になったため、新しい資格確認書を送付いたします。
これまでお使いいただいていた、

- ⑪ 《旧証 証発行負担区分割合(漢字)》の資格確認書は
下記の返却期限までに、同封の返信用封筒でご返却をお願いいたします。

返却期限: 《返却期限年月日》 ⑫から⑭

毎年度、収入額等に基づいて医療機関等の窓口でお支払いいただく自己負担割合の見直しを行っており、有効期限内であっても、割合が変わる場合があります。

現在、あなたの資格確認書の一部負担割合は、《最新証証発行負担区分割合(漢字)》です。

後期高齢者医療資格確認書
有効期限 令和 9年 7月 31日
交付年月日 令和 7年 8月 1日

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
被 住 所	〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番地		
保 氏 名	広城 太郎	性別	男
者 生 年 月 日	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		
負 担 割 合	3 割		
効 効 期 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
限 度 区 分			
効 効 期 日			
長期入院該当			
特定疾病区分			
効 効 期 日			
保 險 者 番 号	3 9 1 4		
並 び に 保 險 者 の 名 称 及	神奈川県後期高齢者医療広域連合		

3割で有効期限が令和9年7月31日ののだいだいの資格確認書をご返却ください。

- すでに、3割負担の資格確認書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) ⑮から⑰
○変更前の3割負担の資格確認書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。
○変更後の資格確認書(1割負担又は2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

変更前の資格確認書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 資 格 確 認 書 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資格確認書(資格確認書)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) 口自分で廃棄したため 口紛失したため 口既に返却したため	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 V 7 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 V 7 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

別紙4
2026/〇/〇

差出人 神奈川県後期高齢者医療広域連合



〒221-0052

〒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
川崎東郵便局

後納承認支店



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)		50gまで			110			
		合 計						

資格係

別紙5

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
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	送付用封筒印刷	95,100	枚				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	返信用封筒印刷	95,100	枚				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	通知書用台紙印刷	95,100	枚				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	(1回目) データ消込	4,600	件				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	(1回目) 通知書印字・加工	70,400	枚				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	(1回目) 封入封かん(最大)	70,400	通				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	(1回目) 区分・差出(最大)	70,400	通				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	(2回目) データ消込	3,600	件				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	(2回目) 通知書印字・加工	16,500	枚				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	(2回目) 封入封かん(最大)	16,500	通				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	(2回目) 区分・差出(最大)	16,500	通				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	印字プログラム作成	1	式				
資格確認書回収勸奨通知作成等業務	運用管理	1	式				