

資格確認書等作成業務 仕様書

福岡県国民健康保険団体連合会

審査業務部 システム管理課

令和7年2月作成

目次

1. 契約件名	1
2. 契約期間	1
3. 概要及び目的	1
4. 契約形態	1
5. スケジュール.....	1
6. 運用資材	2
7. 資格確認書作成（一斉更新） 【「4. 契約形態」①及び②に関する内容】.....	4
8. 資格確認書作成（用紙等作成） 【「4. 契約形態」③～⑤に関する内容】	13
9. 印刷用データの提供・管理方法.....	19
10. 再委託.....	19
11. 本業務の履行場所.....	19
12. 見込み件数	20
13. 取得認証要件	20

1. 契約件名

資格確認書等作成業務

2. 契約期間

契約締結日から令和 7 年 7 月 31 日

3. 概要及び目的

本会では、保険者事務の軽減を支援するための事業として「資格確認書作成」を実施する。

本業務では、保険者から受領した被保険者情報等をもとに印字を行い、印刷物を名寄せしたうえで封入封緘し、期間内に確実に納品することが求められているため、当該印刷業務を委託するものである。

4. 契約形態

単価契約

※本契約については、各作成物の見込み枚数から算出される契約期間における総額にて入札を実施する。

なお、契約単価については、下記の項目単位とする。

- ① 資格確認書（一般分）（送付用封筒及びカバー兼後発医薬品希望カード等を含む）（1 枚あたり）
- ② 資格確認書（特別療養費分）（送付用封筒及びカバー兼後発医薬品希望カード等を含む）（1 枚あたり）
- ③ 資格確認書（一般分）（送付用封筒を含む）（1 枚あたり）
- ④ 資格確認書（特別療養費分）（送付用封筒を含む）（1 枚あたり）
- ⑤ 資格確認書台紙（一般分）（1 枚あたり）
- ⑥ 資格確認書台紙（特別療養費分）（1 枚あたり）
- ⑦ 資格確認書カバー兼後発医薬品希望カード（1 枚あたり）
- ⑧ 窓空き封筒（1 枚あたり）

5. スケジュール

詳細なスケジュールについては、各業務のスケジュールを参照

6. 運用資材

以下の一覧表をもとに委託業務を遂行できるよう準備すること。

なお、データの授受については、原則、通信回線を用いた方法で行うこと。ただし、セキュリティ便の利用または、直接の受け渡しのいずれかで行って差し支えない。

No	内容	概要	数量	受託者	本会
1	クライアント端末	データの受け渡し、印刷を実施するクライアント端末（外字対応を行う必要があるため、Windows OS のもの）。 ※LAN には本業務委託に使用する機器以外の接続を行わない ※本委託業務に支障のないスペックとすること	1 式	○	
2	通信機器一式	ルーター、スイッチ等の通信機器	1 式	○	
3	通信回線敷設に関する費用①	受託者～VPN ネットワークサービスの通信回線を敷設する際にかかる費用 ・ 回線契約料 ・ 回線工事費 ・ VPN 基本工事費 ・ VPN 交換機等工事費 等 現行は、NTT 西日本のフレッツ光ネクスト（ハイスピードタイプ）、VPN ワイドのネットワークサービスを利用	1 回線	○	
4	通信回線敷設に関する費用②	本会データセンター～VPN ネットワークサービスの通信回線を敷設する際にかかる費用 ・回線契約料 ・回線工事費 ・VPN 基本工事費 ・VPN 交換機等工事費 等 現行は、NTT 西日本のフレッツ光ネクスト(ハイスピードタイプ)、VPN ワイドのネットワークサービスを利用	1 回線	○	
5	通信回線利用料①	No3 通信回線敷設に関する費用①で敷設した回線および VPN サービス利用料	1 回線	○	
6	通信回線利用料②	No4 通信回線敷設に関する費用②で敷設した回線および VPN サービス利用料	1 回線	○	
7	セキュリティ便に係る費用	サービス料または運賃等セキュリティ便に係る費用	2 ケース	○	
8	データ授受用媒体	データ授受のための媒体（CD-ROM）	5 枚	○	
9	外字フォントファイルの提供	外字を含むデータの印刷に必要な EUDC.TTE ファイルの提供	-		○
10	外字フォントファイルのインストール	外字を含むデータの印刷に必要な EUDC.TTE ファイルの印刷用端末へのインストール	-	○	
11	用紙	印刷業務に必要な用紙の調達、管理	-	○	
12	運搬費用	納品物に関する運搬費用	-	○	

13	その他必要な経費		-	○	
----	----------	--	---	---	--

7. 資格確認書作成（一斉更新） 【「4. 契約形態」①及び②に関する内容】

7.1. 業務内容

- (1) 資格確認書台紙の作成（資格確認書カバー兼後発医薬品希望カード含む）
- (2) 資格確認書等の印刷
- (3) 窓空き封筒の作成
- (4) 資格確認書等及び広報用パンフレットの封入・封緘
- (5) 引き抜き対象資格確認書の引き抜き
- (6) 資格確認書発行簿及び資格確認書引抜簿の作成
- (7) 書留郵便物受領証等の作成
- (8) 保険者へ納品

※カバーは保険者独自で作成する場合、カバーの作成は行わず保険者から送付されたカバーを封入する作業となる。

7.2. 予定スケジュール

日程	内容	実施者
令和7年6月上旬	資格確認書作成対象情報確定	保険者
令和7年6月中旬	資格確認書作成対象情報の提供	本会→受託者
令和7年6月下旬まで	資格確認書印刷・封入封緘等作業	受託者
令和7年7月上旬 (10日前後まで)	資格確認書、資格確認書発行簿及び 引抜簿を保険者に納品	受託者→保険者
令和7年7月中旬	被保険者へ送付	保険者

※詳細なスケジュールは、契約締結後に協議のうえ決定する。

7.3. 印刷用データの形式

本会から資格確認書作成対象者情報をそれぞれ保険者単位の CSV データで提供するので、それに基づき作成を行うこと。

7.4. 作成仕様

(1) 資格確認書

- ① 資格確認書は、カードサイズとし、容易にはがして使用できるように台紙裏面をフィルムで補強すること。（カードサイズは縦：54 mm 横：86 mm）
- ② 資格確認書の厚さは、上質紙 110kg とすること。
- ③ 資格確認書の色は、薄緑色を予定している。
- ④ 「複写」の隠し文字を印字すること。
- ⑤ 公印について、保険者提供の印影データを黒色でプリントすること。
なお、公印データは保険者から収集後、本会から受託者へ提供する。
- ⑥ 外字については、本会提供の外字フォントファイルをもとに印字すること。
なお、未同定の外字が含まれる場合には、空白で資格確認書を作成のうえ引き抜き対象とし、外字空白分として別束で納品すること。また、資格確認書発行簿の外字該当欄に○を付すこと。
- ⑦ 資格確認書の発行状況を管理するため、次の区分単位で資格確認書発行簿を作成すること。
 - (ア) 氏名、住所に未同定の外字が含まれる、もしくは文字切れが発生する被保険者
 - (イ) DV 被害者に該当する被保険者
 - (ウ) 上記に該当しない被保険者

(2) 資格確認書のデザイン

資格確認書のデザインは市町村事務処理標準システムの仕様に準拠するものとする。

① 一般用 ※「〇〇都道府県」は「福岡県」とする。

〇〇都道府県		有効期限		年	月	日
国民健康保険		発効期日		年	月	日
資格確認書						
記号		番号		(枝番)		
氏名		性別				
生	年	月	日	年	月	日
適用開始年月日		年		月	日	
交	付	年	月	日	負担割合	割
世帯主氏名						
住 所						
保険者番号		<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>				
交付者名						印

86mm

54mm

② 特別療養費用 ※「〇〇都道府県」は「福岡県」とする。

〇〇都道府県		有効期限		年	月	日
国民健康保険						
資格確認書 (特別療養)						
記号		番号		(枝番)		
氏名		性別				
生	年	月	日	年	月	日
適用開始年月日		年		月	日	
交	付	年	月	日	負担割合	割
世帯主氏名						
住 所						
保険者番号		<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div>				
交付者名						印

86mm

54mm

(3) 資格確認書台紙のデザイン

資格確認書台紙の印字デザインは、市町村事務処理標準システムの仕様に準拠する。

なお、「このカードは国民健康保険資格確認書です。」（朱書き）、「カードの周りを切れ込みに合わせてから、ゆっくりはがしてください。」「裏面の注意事項をよくお読みください。」の3点を追加すること。

台紙サイズは縦 4・3/6 インチ×横 8・5/10 インチとする。

① 国民健康保険資格確認書（一般用）（表面）

	1					2					3					4					5					6					7					8					9					10									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5
1	<div>〒111-2222 福岡県A市B町 1丁目2番3号</div> <div>〇〇マンション 101号室</div> <div>国保 太郎 様</div> <div>カスタマーバースコード</div> <div>簡易書留用バースコード</div> <div>(国保 花子 様分)</div> <div>A市 国保主管課 福岡県A市B町 2丁目3番4号 TEL : 000-000-0000</div>																																																						
2	<div>このカードは国民健康保険資格確認書です。</div> <div> <div> <div> <div>〇〇都道府県</div> <div>国民健康保険</div> <div>資格確認書</div> </div> <div> <div>有効期限 年 月 日</div> <div>発効期日 年 月 日</div> </div> <div> <div>記号</div> <div>氏名</div> <div>生年月日</div> <div>適用開始年月日</div> <div>交付年月日</div> <div>後継主氏名</div> <div>住所</div> <div>保険者番号</div> <div>交付者名</div> </div> <div> <div>番号</div> <div>性別</div> <div>年月日</div> <div>年月日</div> <div>年月日</div> <div>負担割合 割</div> <div>印</div> </div> <div>(枝番)</div> </div> </div>																																																						
3	<div>カードの周りを切れ込みに合わせてから、 ゆっくりはがしてください。</div> <div>裏面の注意事項をよくお読みください。</div>																																																						
4	<div>5/10インチ</div> <div>8.5/10インチ</div> <div>5/10インチ</div>																																																						
5	<div>9.5/10インチ</div>																																																						

② 国民健康保険資格確認書（特別療養費用）（表面）

[illegible]

③ 臓器提供の意思表示（資格確認書裏面「一般用」）

備考	
<p>※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示を表示することができます。記入する場合は、1 から 3 までのいずれかの番号を○で囲んでください。</p> <p>1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後</u>のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>2. 私は、<u>心臓が停止した死後</u>に限り、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>3. 私は、臓器を提供しません。</p> <p>《1 又は 2 を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》</p> <p style="text-align: center;">【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】</p> <p>〔特記欄： 〕</p> <p>署名年月日： 年 月 日</p> <p>本人署名（自筆）： 家族署名（自筆）：</p>	

a

臓器提供の意思表示（資格確認書裏面「特別療養費用」）

<p>注意事項</p> <p>この証で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。</p>	
備考	
<p>※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示を表示することができます。記入する場合は、1 から 3 までのいずれかの番号を○で囲んでください。</p> <p>1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後</u>のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>2. 私は、<u>心臓が停止した死後</u>に限り、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>3. 私は、臓器を提供しません。</p> <p>《1 又は 2 を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》</p> <p style="text-align: center;">【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】</p> <p>〔特記欄： 〕</p> <p>署名年月日： 年 月 日</p> <p>本人署名（自筆）： 家族署名（自筆）：</p>	

a

④ 個人情報保護シール

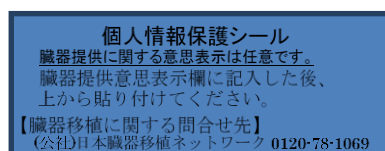
臓器提供意思表示欄に記入後に、個人情報を読み取られないように保護するためのシールを作成すること。

サイズは a の点線内を全て覆うことができる大きさとする。こと。（実際には点線の印刷は不要）

資格確認書印刷時や封入時に剥がれることなく、剥離再貼付可能なものとする。こと。

個人情報保護シールは、資格確認書台紙の裏面に貼付しておくこと

（デザイン）



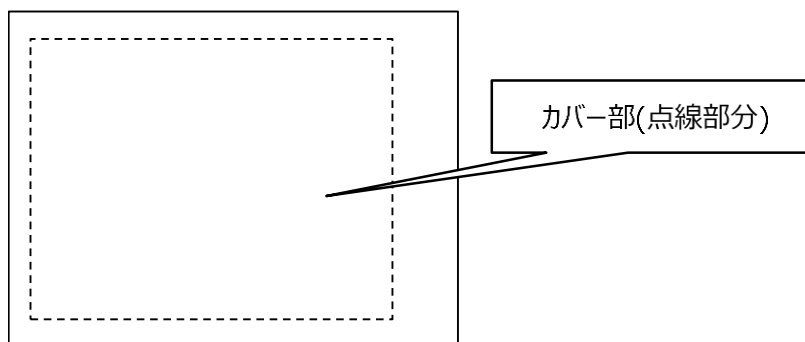
⑤ 注意事項（宛名等記載裏面）

注 意 事 項	
1、	資格確認書の交付を受けたときは、大切に保管してください。
2、	保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、資格確認書を提出してください。
3、	資格を喪失したときは、14日以内に、資格確認書を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
4、	有効期限を経過したときは、資格確認書を使用することができません。有効期限を経過した資格確認書を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還が求められる場合があります。
5、	不正に資格確認書を使用した場合、刑法により詐欺罪として拘禁の処分を受けることがあります。
6、	特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合、また特別な事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料（税）を滞納している場合は発行済の資格確認書を返還していただきます。

（４）資格確認書カバー（後発医薬品希望カードとの一体化）

資格確認書は1年ごとに更新するため、1年間の使用に耐えうるようカバー部の糊つけ等に留意すること。

- ① 台紙の材質 上質紙 110kg
 - ② カバー部の材質 ポリプロピレン 厚さ 0.1mm 相当のフィルムで透明のもの。
 - ③ サイズ 資格確認書を収納し、財布等に入れて利用できること。
- （イメージ）



（５）後発医薬品希望カードのデザイン（資格確認書カバーとの一体化）

後発医薬品希望カードは資格確認書カバーの裏面に印刷すること。

医師・薬剤師の皆様へ	
ジェネリックのお願い	
<p>▼ 希望する方に○をつけてください</p> <p><input type="checkbox"/> 私はジェネリック医薬品を希望します。</p> <p><input type="checkbox"/> 私はジェネリック医薬品を希望しません。</p>	

(6) 資格確認書台紙 全体イメージ

一斉更新用台紙は、資格確認書台紙と資格確認書カバー兼後発医薬品希望カードを別々に作成すること

※保険者により、単票または連票となる。

(表面)

〒111-2222
福岡県A市B町 1丁目2番3号

〇〇マンション 101号室

国保 太郎 様

カスタマーバーコード

簡易書留用バーコード

(国保 花子 様分)

A市 国保主管課
福岡県A市B町 2丁目3番4号
TEL: 000-000-0000

このカードは国民健康保険資格確認書です。

〇〇都道府県		有効期限 年 月 日	
国民健康保険		発効期日 年 月 日	
資 格 確 認 書			
記 号	番 号	(枝番)	
氏 名	性 別		
生 年 月 日	年 月 日	負担割合	割
適用開始年月日	年 月 日		
交 付 年 月 日	年 月 日		
世帯主氏名			
住 所			
保険者番号			印
交 付 者 名			

カードの周りを切れ込みに合わせてから、
ゆっくりはがしてください。

裏面の注意事項をよくお読みください。

備考

※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植のために臓器を提供します。

2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植のために臓器を提供します。

3. 私は、臓器を提供しません。

《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》

【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】

〔特記欄〕
署名年月日： 年 月 日

本人署名(自筆)： 家族署名(自筆)：

個人情報保護シール

臓器提供に関する意思表示は任意です。

臓器提供意思表示欄に記入した後、
上から貼り付けてください。

【臓器移植に関する問合せ先】
(公社)日本臓器移植ネットワーク 0120-78-1069

(裏面)

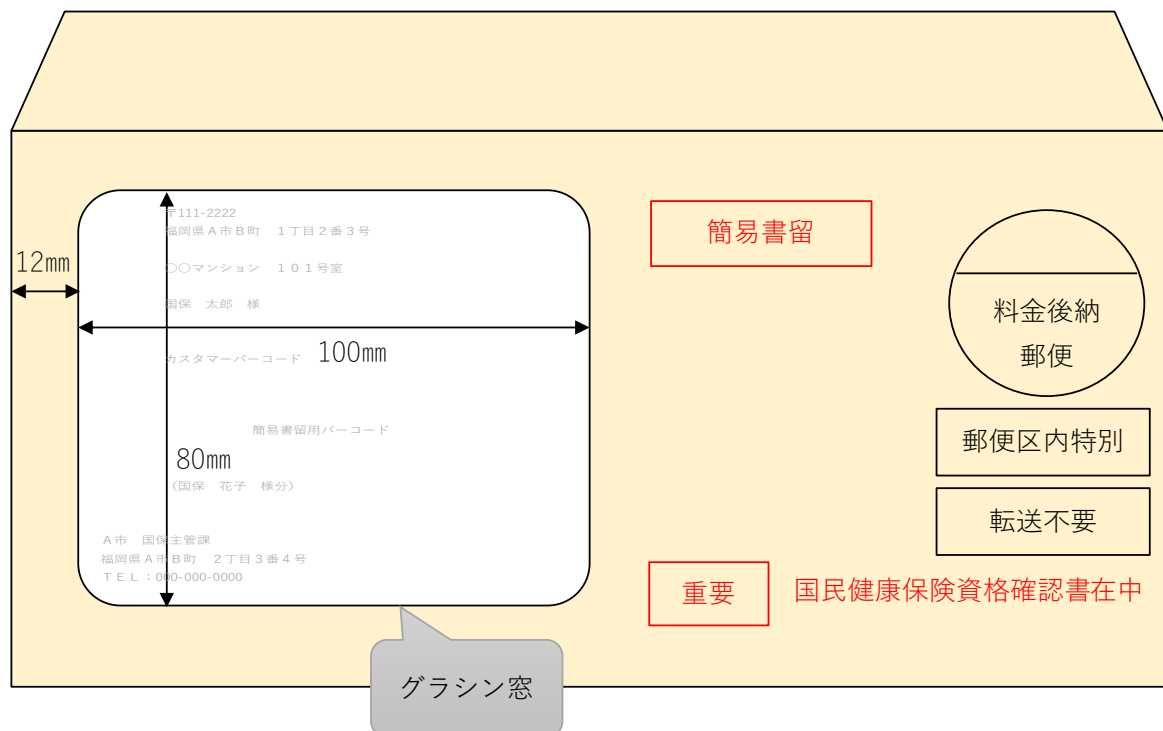
注 意 事 項

- 資格確認書の交付を受けたときは、大切に保管してください。
- 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、資格確認書を提出してください。
- 資格を喪失したときは、14日以内に、資格確認書を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 有効期限を経過したときは、資格確認書を使用することができません。有効期限を経過した資格確認書を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還が求められる場合があります。
- 不正に資格確認書を使用した場合、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- 特別の事情がないのに保険料(税)を滞納した場合、また特別な事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料(税)を滞納している場合は発行済の資格確認書を返還していただきます。

(7) 窓空き封筒

- ① サイズ 洋型 0 号 (235mm×120mm)
- ② 形式 洋封筒形式 (アラビア糊付)
- ③ 材質 クラフト
- ④ 宛名及び送り主の窓 グラシン窓
郵便番号、住所、氏名、バーコード、発送元が確認できるサイズとすること。
- ⑤ 「重要」「国民健康保険資格確認書在中」(朱書き)を印字すること。
- ⑥ 保険者の要望に応じて、「簡易書留」又は「特定記録郵便」(朱書き)を印字すること。
- ⑦ 保険者の要望に応じて、「料金後納郵便」、「郵便区内特別」及び「転送不要」を黒色で印字すること。

(料金後納及び簡易書留の印刷例)



(8) 広報用パンフレットの作成

- ・連合会が提供する PDF データを印刷する。(最大で A4・2 枚 両面・白黒)

(9) その他

各作成物の様式形態及び記載内容については、現時点での案であり、変更となる可能性がある。

また、契約期間中に法改正による文言等の変更の可能性がある。

形態の変更（カード型からハガキ型）が考えられるため、変更が生じた場合は、対応すること。

7.5. 封入・封緘等

(1) 封入は、世帯単位で名寄せし封入すること。

なお、世帯構成員が多く、1 通に封入できない場合は、複数の封筒に分けて封入しても差し支えない。
機械封入を行うために、バーコード等の設定が必要な場合は、別途協議を行う。

(2) 保険者がパンフレットの封入を希望する場合には、受託者宛に送付するのでそれを封入すること。

受託者への送付方法等（箱詰め方法や箱への表示内容など）を指示すること。

(3) 原則、封緘した状態で箱詰めして納品すること。但し、未同定の外字が含まれるもの、または文字切れが発生するものについては、封緘せずに箱詰めすること。

(4) 保険者毎に封緘する／しないの選択を可能とすること。

7.6. 引き抜き

資格異動等により資格確認書の更新が不要になった世帯または個人について、保険者から受領した引き抜き対象者リストを都度提供するので、対象者の資格確認書は、引き抜き対象分として帯封すること（引き抜き

の実施日ごとに帯封することは不要）。

なお、資格確認書作成情報に係るデータ締日以降に資格取得した世帯についての追加作成は発生しない。

7.7. 書留郵便物受領証等の作成

- (1) 郵便料金の割引制度の適用を受けるために、保険者が差出郵便局から払い出しを受けた問合せ番号を提供するので、宛名欄の下部に「問合せ番号」を印字すること。
- (2) 書留郵便物受領証及び郵便番号別重量区分ごとの一覧表を作成すること。なお、引き抜きにより簡易書留の問合せ番号が欠番となった場合には、問合せ番号欠番リストを作成すること。

7.8. 納品

- (1) 納品場所については、保険者が事前に指定した場所とする。
- (2) 配送方法については、盗難、破損及び紛失を防止するため最善の注意を図り、万全の策を講ずること。
また、成果物は個人情報であることから、個人情報が漏えいすることがないように万全のセキュリティ対策（※）を講ずること。
※セキュリティ対策とは、専用便またはセキュリティサービス便を利用し、対象物が追跡可能であること。
- (3) 納品物は以下のとおり
 - ① 資格確認書（封緘済み）
 - ② 資格確認書（未封緘分：未同定の外字が含まれる、または文字切れが発生するもの）
 - ③ 資格確認書（封緘済みであるが、DV 被害者に該当する被保険者に該当するもの）
※②及び③は帯封、または①とは別箱にて納品すること
 - ④ 資格確認書（引き抜き分）
※②及び③と別束にすること（箱は同じでも可とするが、明確に区別できる状態にすること）
 - ⑤ 資格確認書発行簿及び資格確認書引抜簿
- (4) 上記（1）～（3）とは別に、以下を作成し、本会へ納品すること。
 - ・資格確認書の作成部数等を記載したリスト（一部引き抜き等の件数も記載すること）
 - ・資格確認書に同封するパンフレットの余り部数を記載したリスト

8. 資格確認書作成（用紙等作成） 【「4. 契約形態」③～⑤に関する内容】

8.1. 業務内容

- (1) 資格確認書台紙の作成
- (2) 資格確認書カバー兼後発医薬品カードの作成
- (3) 窓空き封筒の作成
- (4) 保険者へ納品

8.2. 予定スケジュール

日程	内容	実施者
令和7年5月下旬	サンプル納品	受託者⇒保険者
令和7年6月下旬	用紙等納品	

※詳細なスケジュールは、契約締結後に協議のうえ決定する。

8.3. 作成仕様

(1) 資格確認書

- ① 資格確認書はカードサイズとし、容易にはがして使用できるように台紙裏面をフィルムで補強すること。
- ② 資格確認書の厚さは、上質紙 110kg とすること。
- ③ 資格確認書の色は、薄緑色を予定している。
- ④ 「複写」の隠し文字を印字すること。

(2) 資格確認書のデザイン

資格確認書のデザインは市町村事務処理標準システムの仕様に準拠するものとする。



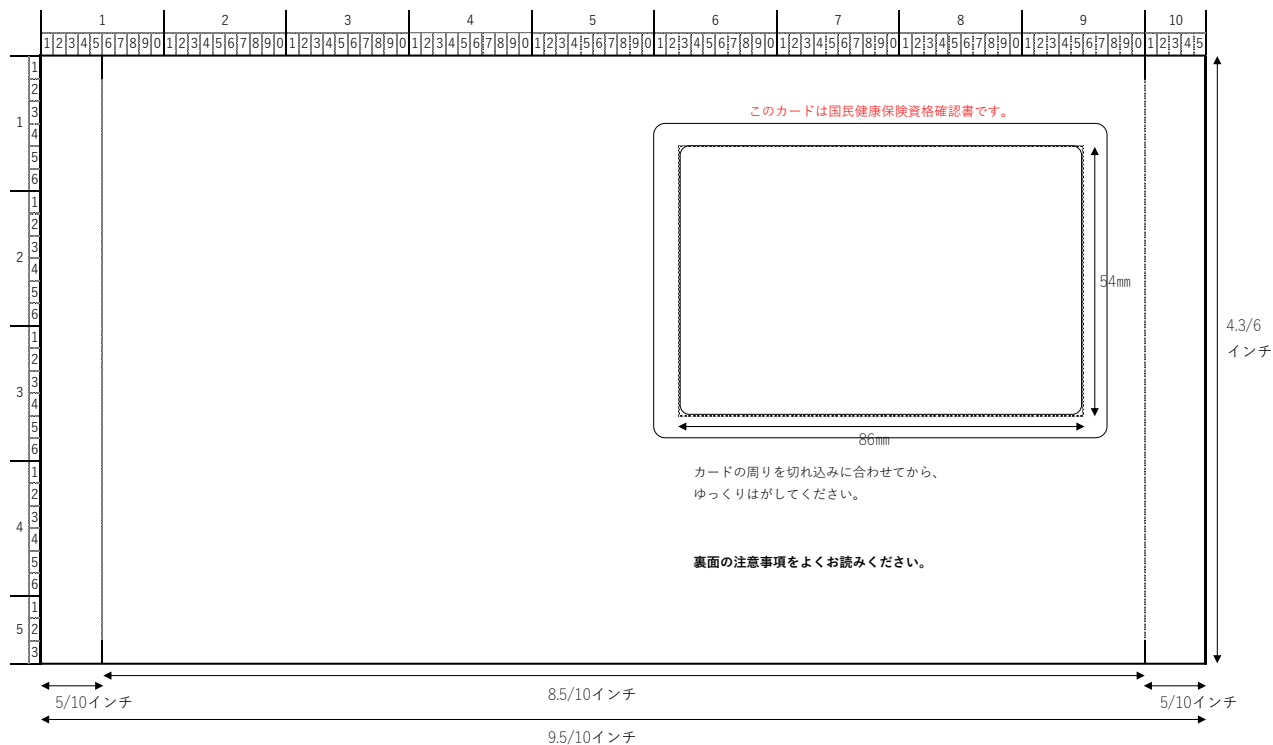
(3) 資格確認書台紙のデザイン

資格確認書台紙の印字デザインは、市町村事務処理標準システムの仕様に準拠する。

なお、「このカードは国民健康保険資格確認書です。」（朱書き）、「カードの周りを切れ込みに合わせてから、ゆっくりはがしてください。」「裏面の注意事項をよくお読みください。」の3点を追加すること。

台紙サイズは縦 $4 \cdot 3/6$ インチ×横 $8 \cdot 5/10$ インチとする。

① 国民健康保険資格確認書台紙（表面）



② 臓器提供の意思表示（資格確認書裏面「一般用」）

備考	
<p>※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示をすることができます。記入する場合は、1 から 3 までのいずれかの番号を○で囲んでください。</p> <p>1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>2. 私は、<u>心臓が停止した死後に限り</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>3. 私は、臓器を提供しません。</p> <p>《1 又は 2 を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》</p> <p style="text-align: center;">【 心臓・肺・肝臓・腎臓・^{じん}臓・^い臓・小腸・眼球 】</p> <p>〔特記欄： _____ 〕</p> <p>署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人署名（自筆）： _____ 家族署名（自筆）： _____</p>	

臓器提供の意思表示（資格確認書裏面「特別療養費用」）

<p>注意事項</p> <p>この証で診療を受けるときは、診療費用の全額を支払ってください。</p>	
備考	
<p>※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思表示をすることができます。記入する場合は、1 から 3 までのいずれかの番号を○で囲んでください。</p> <p>1. 私は、<u>脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>2. 私は、<u>心臓が停止した死後に限り</u>、移植の為に臓器を提供します。</p> <p>3. 私は、臓器を提供しません。</p> <p>《1 又は 2 を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》</p> <p style="text-align: center;">【 心臓・肺・肝臓・腎臓・^{じん}臓・^い臓・小腸・眼球 】</p> <p>〔特記欄： _____ 〕</p> <p>署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>本人署名（自筆）： _____ 家族署名（自筆）： _____</p>	

③ 個人情報保護シール

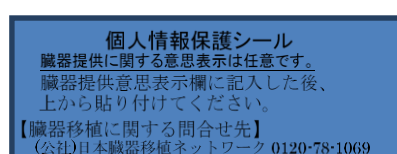
臓器提供意思表示欄に記入後に、個人情報を読み取られないように保護するためのシールを作成すること。

サイズは a の点線内を全て覆うことができる大きさとする。こと。（実際には点線の印刷は不要）

資格確認書印刷時や封入時に剥がれることなく、剥離再貼付可能なものとする。こと。

個人情報保護シールは、資格確認書台紙の裏面に貼付しておくこと

（デザイン）

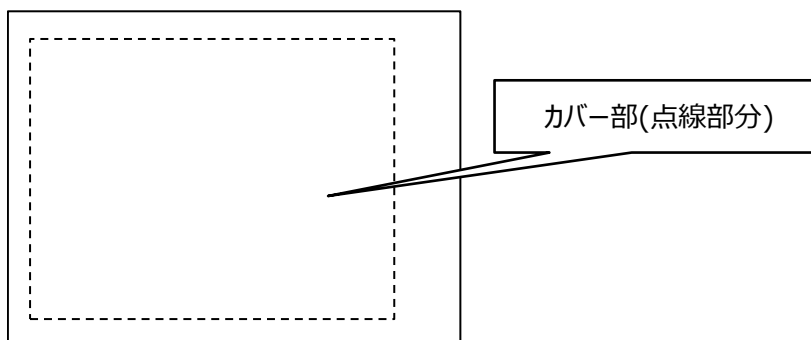


④ 注意事項（宛名等記載裏面）

注 意 事 項	
1、	資格確認書の交付を受けたときは、大切に保管してください。
2、	保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、資格確認書を提出してください。
3、	資格を喪失したときは、14日以内に、資格確認書を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
4、	有効期限を経過したときは、資格確認書を使用することができません。有効期限を経過した資格確認書を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還が求められる場合があります。
5、	不正に資格確認書を使用した場合、刑法により詐欺罪として拘禁の処分を受けることがあります。
6、	特別の事情がないのに保険料（税）を滞納した場合、また特別な事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料（税）を滞納している場合は発行済の資格確認書を返還していただきます。

（４）資格確認書カバー（後発医薬品希望カードとの一体化）

- ① 台紙の材質 上質紙 110kg
 - ② カバー部の材質 ポリプロピレン 厚さ 0.1mm 相当のフィルムで透明のもの。
 - ③ サイズ 資格確認書を収納し、財布等に入れて利用できること。
- （イメージ）



（５）後発医薬品希望カードのデザイン（資格確認書カバーとの一体化）

後発医薬品希望カードは資格確認書カバーの裏面に印刷すること。

医師・薬剤師の皆様へ
ジェネリックのお願い
↓ 希望する方に○をつけてください
<input type="checkbox"/> 私はジェネリック医薬品を希望します。
<input type="checkbox"/> 私はジェネリック医薬品を希望しません。

（６）資格確認書台紙 全体イメージ

用紙等作成の資格確認書台紙は、資格確認書カバー兼後発医薬品希望カードとは切り離した状態とすること。

また、資格確認書台紙を使用する保険者に対して、保険者設置プリンタでの印字テストを実施するため、サンプルを事前に作成のうえ納品すること。

※保険者により、単票または連票となる。

(表面)

〒111-2222
福岡県A市B町 1丁目2番3号

〇〇マンション 101号室

国保 太郎 様

カスタマーバーコード

簡易書留用バーコード

(国保 花子 様分)

A市 国保主管課
福岡県A市B町 2丁目3番4号
TEL: 000-000-0000

このカードは国民健康保険資格確認書です。

〇〇都道府県		有効期限	年	月	日
国民健康保険		発効期日	年	月	日
資格確認書					
記号	番号	(枝番)			
氏名	性別				
生年月日	年	月	日	負担割合	割
適用開始年月日	年	月	日		
交付年月日	年	月	日		
世帯主氏名					
住所					
保険者番号				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
交付者名					印

カードの周りを切れ込みに合わせてから、
ゆっくりはがしてください。

裏面の注意事項をよくお読みください。

備考

※ 以下の欄に記入することにより、臓器提供に関する意思を表示することができます。記入する場合は、1から3までのいずれかの番号を○で囲んでください。

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。

2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。

3. 私は、臓器を提供しません。

《1又は2を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、×をつけてください。》

【 心臓・肺・肝臓・腎臓・脾臓・小腸・眼球 】

〔特記欄〕

署名年月日： 年 月 日

本人署名(自筆)： _____ 家族署名(自筆)： _____

個人情報保護シール

臓器提供に関する意思表示は任意です。

臓器提供意思表示欄に記入した後、
上から貼り付けてください。

【臓器移植に関する問合せ先】

(公社)日本臓器移植ネットワーク 0120-78-1069

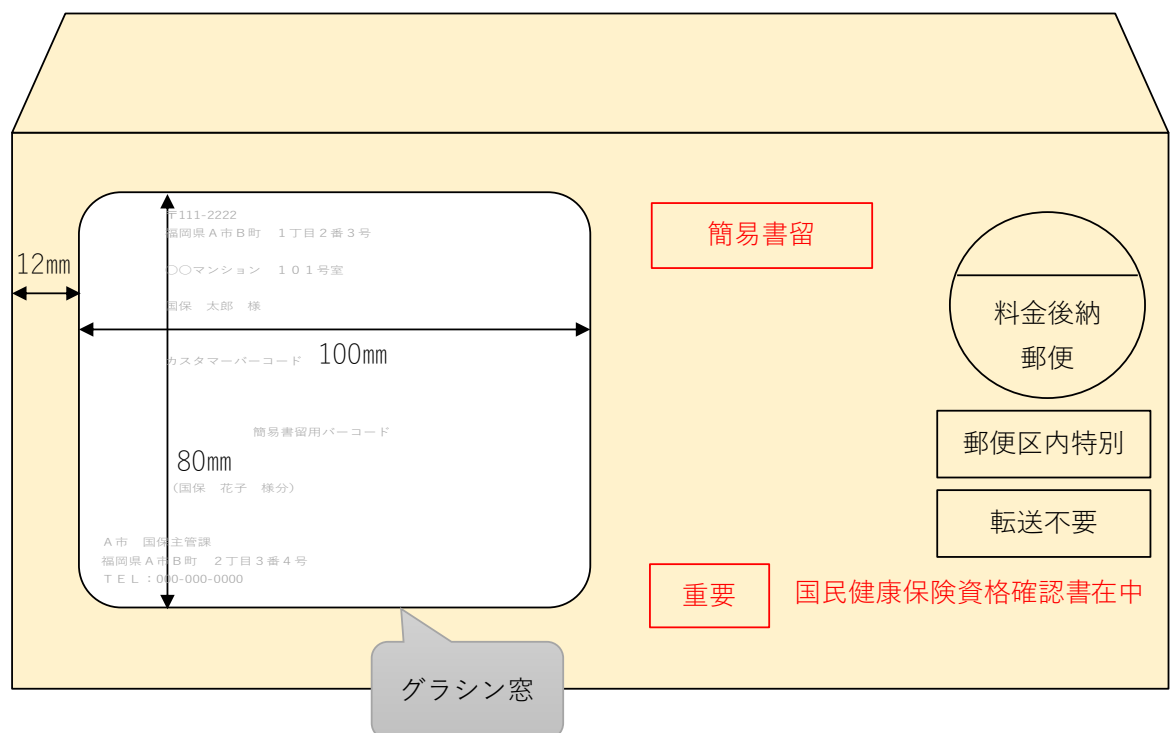
(裏面)

注 意 事 項

- 資格確認書の交付を受けたときは、大切に保管してください。
- 保険医療機関等において診療を受けようとするときは、その窓口で電子資格確認を受けるか、資格確認書を提出してください。
- 資格を喪失したときは、14日以内に、資格確認書を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 有効期限を経過したときは、資格確認書を使用することができません。有効期限を経過した資格確認書を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還が求められる場合があります。
- 不正に資格確認書を使用した場合、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- 特別の事情がないのに保険料(税)を滞納した場合、また特別な事情がないのに納期限から1年間経過しても保険料(税)を滞納している場合は発行済の資格確認書を返還していただきます。

- ① サイズ 洋型 0 号 (235mm×120mm)
- ② 形式 洋封筒形式 (アドヘア糊付)
- ③ 材質 クラフト
- ④ 宛名及び送り主の窓 グラシン窓
郵便番号、住所、氏名、バーコード、発送元が確認できるサイズとすること。
- ⑤ 「重要」「国民健康保険資格確認書在中」(朱書き)を印字すること。
- ⑥ 保険者の要望に応じて、「簡易書留」又は「特定記録郵便」(朱書き)を印字すること。
- ⑦ 保険者の要望に応じて、「料金後納郵便」、「郵便区内特別」及び「転送不要」を黒色で印字すること。

(料金後納及び簡易書留の印刷例)



(8) その他

各作成物の様式形態及び記載内容については、現時点での案であり、変更となる可能性がある。

また、契約期間中に法改正による文言等の変更の可能性がある。

形態の変更（カード型からハガキ型）が考えられるため、変更が生じた場合は、対応すること。

8.4. 納品

- (1) 納品場所については、保険者が事前に指定した場所とする。
- (2) 配送方法については、普通貨物便とする。
- (3) 納品物は以下のとおり
 - ① 資格確認書台紙（一般分）
 - ② 資格確認書台紙（特別療養費分）
 - ③ 資格確認書カバー兼後発医薬品希望カード
 - ④ 窓空き封筒

9. 印刷用データの提供・管理方法

- (1) 本会で作成する印刷用データ（CSV ファイル）は、データ提供日に本会データセンターのサーバーに格納するので、受託者は本会データセンターとの回線を通じて受領すること。
ただし、データの授受方法をセキュリティ便または直接の受け渡しとする場合は以下の点に注意して授受すること。
なお、具体的なデータ提供日については、契約締結後、協議のうえ決定する。

※セキュリティ便の利用または直接の受け渡しについて

（セキュリティ便）

- ・送付する CD-ROM はセキュリティ対策が施されたケースなどに収納し、飛散、誤送、毀損、紛失等が発生しないよう十分な対策を講じること。
- ・受け渡すデータについては必ずパスワードを付与すること。

（直接の受け渡し）

- ・受け渡す CD-ROM はセキュリティ対策が施されたケースなどに収納し持ち帰り、飛散、誤送、毀損、紛失等が発生しないよう十分な対策を講じることとし、納品時は事前に委託者に連絡を入れ、確実に（直接）に受渡しを行うこと。
- ・受け渡すデータについては必ずパスワードを付与すること。

- (2) 受託者が本業務遂行にあたり受領・保存・作成した印刷用データは、個人情報であることから盗難、破損及び紛失を防止するため、業務に使用するクライアントのログイン時にパスワードを付すなど利用者の特定を図るとともに、盗難防止用ワイヤーで固定する等盗難防止策を講じること。
また、作業完了後（テスト印刷及び予備印刷を含む）には速やかに廃棄し、個人情報が漏洩することのないよう万全の策を講ずること。

10. 再委託

- (1) 受託者は、本会の事前の承認がある場合を除き、本業務の一部または全部を第三者に再委託してはならない。
- (2) 受託者は、本会に再委託の承認を求める場合は、再委託する理由及び内容、再委託業者の名称及び所在地、再委託先事業者に対する管理及び監督の方法等を書面により明らかにしなければならない。

11. 本業務の履行場所

受託者建物内、または受託者が準備する情報セキュリティの確保に配慮した場所とする。

1 2. 見込み件数

項目	保険者数	作成数 (枚/部)
資格確認書（一般分）（送付用封筒及びカバー兼後発医薬品希望カード等を含む）	7	19,400
資格確認書（特別療養費分）（送付用封筒及びカバー兼後発医薬品希望カード等を含む）	2	400
資格確認書（一般分）（送付用封筒を含む）	4	14,750
資格確認書（特別療養費分）（送付用封筒を含む）	2	900
資格確認書台紙（一般分）	24	90,030
資格確認書台紙（特別療養費分）	13	5,570
窓空き封筒	20	37,200
資格確認書カバー兼後発医薬品希望カード	7	15,200

※令和7年1月24日に実施した意向調査より推計した数値であり、契約締結後の数量を保証するものではない。

1 3. 取得認証要件

本業務を受託するにあたっては、ISMS（iso27001）、プライバシーマーク等公的認証資格を有していること。