

# 後期高齢者医療資格確認書（年次更新用）等印刷業務仕様書

## 1 後期高齢者医療資格確認書（年次更新用）について

### ●作成する帳票及び枚数

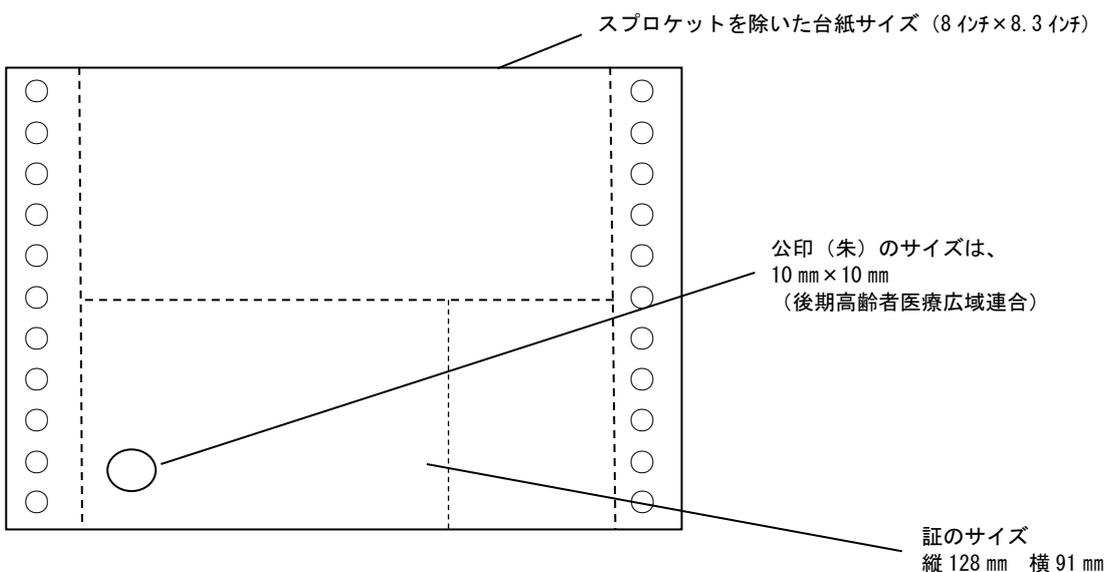
後期高齢者医療資格確認書（年次更新用・連続帳票）…… 100,000 枚

### ●確認書の仕様

- ① 大きさは、縦 128 mm、横 91 mm（はがき型）とする。
- ② 紙質は、上質紙 110 kgとする。
- ③ 表面は2色刷（黒、朱）とし、裏面は1色刷（黒）とする。
- ④ 色については、「薄緑系」とする。
- ⑤ 表面に印刷する公印については朱色（縦 10 mm、横 10 mm）とする。（印影については、作成時に提供する。）
- ⑥ 確認書部分は、偽造防止のためカード複写時に「複写」の文字が現れる仕様とする。
- ⑦ 記載内容については、次の法令に準じるものとする。  
（ 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 16 条 様式第 2 号 ）
- ⑧ その他
  - ア 文字のサイズ、字体等は、広域連合が現在使用しているものと相違ないものとする。（別添 1 参照。なお、実物は契約時に提供する。）
  - イ 1年間の使用に耐え得るものであること。

### ●台紙の仕様（一斉更新用・連続帳票）

- ① 台紙の紙質は、上質紙 110 kgとする。
- ② 台紙サイズは縦 8 インチ×横 9.3 インチ（スプロケットを含む）とする。
- ③ 台紙のレイアウトは下図のとおり。



●納品場所

後期高齢者医療資格確認書（年次更新用・連続帳票）…… 広域連合が指定する場所

●納品期限

後期高齢者医療資格確認書（一斉更新用・連続帳票）…… 令和7年5月30日（金）

## 2 後期高齢者医療資格情報のお知らせ（年次更新用）について

●作成する帳票及び枚数

後期高齢者医療情報のお知らせ（年次更新用・連続帳票）…… 150,000枚

●印刷物の仕様

- ① 連続帳票 サイズは縦12インチ×横9.3インチ（スプロケットを含む）とする。
- ② 紙質は、上質紙55kg（コピー用紙と同等）とし、色は白色とする。
- ③ 表面1色刷（黒）とする。
- ④ 内容は、別添2レイアウト参照。（QRコードは後日提供）

●納品場所

後期高齢者医療資格情報のお知らせ（年次更新用・連続帳票）…… 広域連合が指定する場所

●納品期限

後期高齢者医療資格情報のお知らせ（一斉更新用・連続帳票）…… 令和7年5月30日（金）

## 3 その他

- ① 本業務は、帳票類印刷から成果品を納品するまでを一式一括して発注するものとする。
- ② 成果品の納品に伴う費用は、受注者が負担するものとする。
- ③ 受注者は、本仕様書の内容及び本仕様書に明示のない項目について疑義があるときは、広域連合と協議の上、業務を遂行するものとする。
- ④ 製品作成について特許等がある場合は、受注者がその責任を負うものとする。
- ⑤ 納入期限より前にテスト品の納品を必要とし、不備があった場合は合格までテストを行うものとする。なお、これに伴う費用は受注者が負担するものとする。
- ⑥ 受注者は、広域連合から提供された公印の印影等については、契約期間終了まで厳重に保管し、業務の履行上不要となった時点で遅滞なく返還すること。

切り離してお使いください。



後期高齢者医療資格確認書 有効期限 交付年月日	
被保険者番号	
住所	
氏名	性別
生年月日	
資格取得年月日	
負担割合	
発効期日	
限度区分	
発効期日	
長期入院該当日	
特定疾病区分	
発効期日	
保険者番号並びに保険者の名称及び印	青森県後期高齢者医療広域連合 印

後期高齢者医療資格確認書をお送りします。

医療機関等を受診する際は、同封する資格確認書をお使いください。

〈注意事項〉

- ・ 所得や世帯構成に変更があった場合、一部負担割合が変更となり、資格確認書が変わる場合があります。
- ・ 住所、氏名の表示に当たって、当広域連合の機械上収録できない一部の漢字につきましては、表示可能な漢字への読替えをしておりますのでご了承願います。

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> <ol style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li><li>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・<sup>膵</sup>臓・<sup>胆</sup>臓・小腸・眼球 】</li></ol>	
〔特記欄： _____〕	
署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
本人署名（自筆）： _____	
家族署名（自筆）： _____	

## 後期高齢者医療資格情報のお知らせ

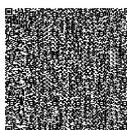
青森県後期高齢者医療広域連合  
保険者番号

あなたの加入する後期高齢者医療制度の資格情報を下記のとおりお知らせします。  
なお、このお知らせのみでは受診できません。

被 保 険 者 番 号	
氏 名	
負 担 割 合	
有 効 期 限	
発 効 期 日	
交 付 年 月 日	

スマートフォンをお持ちの方は、以下のQRコードからマイナポータルにログインすることで、ご自身の健康保険の資格情報を確認することができます。ぜひご活用ください。

- マイナポータルへのアクセス・ダウンロードはこちら -



マイナ保険証の読み取りができない例外的な場合については、スマートフォンの資格情報画面をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます（スマートフォンをお持ちでない方は、この文書をマイナ保険証とともに医療機関等の受付で提示することで受診いただけます）。

下部を切り取ってご利用いただくこともできます  
(このお知らせのみでは受診できません)

後期高齢者医療資格情報のお知らせ

発行

青森県後期高齢者医療広域連合  
保険者番号被保険者番号  
氏 名  
負 担 割 合  
有 効 期 限**受診の際にはマイナ保険証があわせて必要です**