

## 仕 様 書

### 1 件名

医療費通知書コールセンター業務

### 2 委託期間等

- |                 |   |
|-----------------|---|
| (1) 委託期間        | 契約締結の日から令和8年3月31日まで                       |
| (2) 準備期間        | 契約締結の日から令和8年1月30日まで                       |
| (3) コールセンター運営期間 | 令和8年2月2日から令和8年3月19日まで<br>(土曜日、日曜日及び祝日を除く) |
| (4) 受付時間        | 午前9時から午後5時まで                              |

### 3 業務内容

- (1) 医療費通知書に関する問合せへの対応
- (2) 医療費通知書の(再)発行申請受付
- (3) 受電内容の整理及び入力業務

### 4 業務実施場所

受託者が日本国内に設置する。

### 5 医療費通知書送付予定者数

229,062人(令和7年11月1日現在の被保険者数)

### 6 医療費通知書一斉発送予定日

- |     |            |           |
|-----|------------|-----------|
| 1回目 | 令和8年2月10日頃 | 約280,000部 |
| 2回目 | 令和8年3月10日頃 | 約200,000部 |

### 7 業務の体制

#### (1) 従事者の要件

- ア 電話対応者は高齢者からの問合せや苦情等に対応することから、丁寧な応対ができる者であること。
- イ 2月中旬から3月上旬までの入電数が多くなることが予想されることから、入電の増減に対応できる人数を配置すること。
- ウ 電話対応者以外に、業務の管理監督を行う管理者を配置すること。
- エ 管理者は、機器・設備の管理、実施状況の把握及び電話対応者の管理監督等を行い、円滑な業務運営を図るとともに、委託者との連絡調整業務を行うことから、業務の管理を実施した経験があること。

#### (2) 医療費通知書の(再)発行申請受付

- ア 受付時は、発行に必要な事項を聞き取り、別紙連絡票により委託者へ遺漏なく報告すること。
- イ 報告は、情報セキュリティ対策・個人情報保護対策を講じた方法で行うこと。

#### (3) コールセンターの電話番号

NTT コミュニケーションズ株式会社が提供する「フリーダイヤル」を採用し、受託者が番号を取得すること。取得後は、令和7年12月中旬に番号を委託者へ報告すること。

なお、フリーダイヤルの通信料は本業務委託料に含むものとする。

#### (4) 業務に必要な機器・設備等

受託者が準備すること。

## 8 業務における要件

- (1) 管理者は、委託者が提供する資料を基に業務マニュアル等を作成し、業務開始前に従事者に対する研修を十分に行い、理解度を確保すること。
- (2) 管理者は、3 (1)に掲げる業務について、件数及び内容の詳細を業務完了後に取まとめ、令和8年3月31日までに委託者へ報告すること。

## 9 緊急時の対応

- (1) 本業務において、7に定める実施体制を維持できなくなった場合は、直ちに委託者へ連絡するとともに、速やかに代替りの者を配置し、所定の人員を確保すること。
- (2) 本業務において、トラブル等が発生した場合は、直ちにその旨を委託者へ連絡するとともに、その指示に従うこと。

## 10 情報等の管理、保護等

- (1) 受託者は、本業務の実施にあたり、知り得た委託業務の内容を一切第三者に漏らしてはならない。
- (2) 受託者は、委託者から提供を受けたデータ等については、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。
- (3) 受託者が、自ら作成したデータ等については、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。
- (4) 受託者は、本業務に関するデータ等を他の目的に使用してはならない。
- (5) データ等は主に Windows Word、Excel ファイルを用いることとし、委託者及び受託者間のこれらの収受は、個人情報の保護を徹底した状態で行うものとする。
- (6) 受託者は、個人情報保護に細心の注意を払うこととし、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委託者に当該状況を報告し、委託者の指示を受けるものとする。

## 11 その他

受託者は、本仕様書に定めのない事項及び業務遂行上の疑義が生じた事項については、その都度、委託者と協議のうえ処理する。

## 医療費通知書（再）発行受付連絡票

受付番号		受付日		受付者	
------	--	-----	--	-----	--

連絡者情報	力ナ氏名				
	氏名				
	連絡先		被保険者 との続柄		

被保険者情報	被保険者番号					
	力ナ氏名					
	氏名					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正                      年                      月                      日 <input type="checkbox"/> 昭和                      年                      月                      日				
	住所					
	送付先					
	（再）発行を必要とする診療期間	令和                      年    1    月    ～    令和                      年    12    月				
（再）発行を必要とする理由		<input type="checkbox"/> 前倒し <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他（                      ）				

備考

## 広域連合処理欄

医療費通知書 作成日		処理者印
送付日		

## 本人確認書類

連絡者	<input type="checkbox"/> 資格確認書	被保険者	<input type="checkbox"/> 資格確認書
	<input type="checkbox"/> 運転免許証		<input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード		<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
	<input type="checkbox"/> その他 （                      ）		<input type="checkbox"/> その他 （                      ）