

令和 7 年度 医療費通知作成等業務 仕様書

1 委託業務名称

令和 7 年度 医療費通知作成等業務

2 委託期間

契約の日から令和 8 年 3 月 31 日まで

3 業務実施場所

札幌市職員共済組合（以下「共済組合」という。）が指定する場所

4 予定数量

医療費通知及び窓あき封筒 14,500 枚/回 × 4 回 = 58,000 枚

※ ただし、この数量は令和 6 年度のデータ数から算出したもので、本業務の履行に当たり保証するものではありません。

5 委託業務の内容

(1) 本業務に必要な用紙の用意

① 医療費通知

別添「医療費のお知らせ仕様見本」の内容を満たす用紙を必要数用意すること。

用紙サイズ A 4 判

用紙の種類 上質紙

用紙の厚さ 連量 70 kg（四六判）

用紙の配色は基本的に黒色で濃淡をつけることとし、詳細については落札後別途協議する。

三つ折り加工を施す（折り位置は用紙の上端から 100mm を山折り、下端から 97mm を谷折りとする）。

② 窓あき封筒

窓部分はグラシン紙とする。

別添「窓あき封筒仕様見本」のとおり作成し、必要数用意すること。

(2) 用意した用紙への印字

共済組合から別添「医療費通知データ形式」に則ったデータを光ディスク（CD-RW または DVD-RW）で受け取り、(1)の①で用意した用紙に黒色で印字すること。

部課署番号（または郵便番号）、所属所名（または住所）、組合員氏名、所属所、証番号、通し番号は、(1)の②の窓あき封筒の窓から見えるように印字すること。

(3) 校正

① 医療費通知

校正 1 回、(必ず内校を行うこと。)

なお、本印刷の前にサンプル（2～3 通程度）を電子メール等で共済組合に提示し、共済組合の確認後に本印刷を行うこと。

② 窓あき封筒

校正 1 回、色校正 1 回（必ず内校を行うこと。校正、色校正は同時に行うことを妨げるものではない。）。

(4) 封入・封緘作業

(2)で印字したものを(1)の②で作成した封筒に 1 枚ずつ封入し、(2)で印字した内容が、組合員の手元に届くまでの間、外観から判別できないよう、封緘処理を施すこと。

(5) 納品

別表「印字データ引渡しから納品期限までのスケジュール」のとおり、(2)印字及び(4)封入・封緘後は、順番を崩さず、かつ順番がわかるよう、札幌市職員共済組合事務局（札幌市中央区北 1 条西 2 丁目市本庁舎 15 階）に納品すること。

6 個人情報保護

(1) データ及び通知書には個人情報を含むことから、受託者は個人情報保護の責任者（以下「責任者」という。）と、個人情報に接して業務を担当する者（以下「業務担当者」という。）をあらかじめ定め、担当課に報告すること。

(2) 責任者及び業務担当者は、データ及び通知書の損傷、汚損または紛失のないよう慎重に取り扱うこと。

(3) 責任者は、データ及び通知書の配送・保管・管理を厳重に行い、業務担当者を除いて閲覧・接触することができないよう必要な措置を講じるなど、個人情報の保護に万全を期すこと。

(4) 責任者は、個人情報が漏洩した場合、または漏洩する危険が生じた場合は、直ちに担当課あてに報告を行い、担当課からの指示に従うこと。

7 その他

(1) 成果物の納品前に生じた一切の損害は、受託者の負担とする。

(2) その他、本仕様書に定めのない事項については、別途協議して定める。

(別表)

印字データ引渡しから納品期限までのスケジュール

回	作業年月	印字データ引渡し日	納品期限	備考
1	令和 7 年 6 月	令和 7 年 6 月 6 日 ～11 日のいずれか	令和 7 年 6 月 17 日 ～20 日のいずれか	
2	令和 7 年 9 月	令和 7 年 9 月 5 日 ～10 日のいずれか	令和 7 年 9 月 17 日 ～22 日のいずれか	
3	令和 7 年 12 月	令和 7 年 12 月 5 日 ～10 日のいずれか	令和 7 年 12 月 16 日 ～19 日のいずれか	
4	令和 8 年 3 月	令和 8 年 3 月 6 日 ～11 日のいずれか	令和 8 年 3 月 17 日 ～23 日のいずれか	

※いずれも、データ引渡しから納品までは 9 日間（7 営業日）程度であること。

※確定した日付は、原則として前月 25 日頃に担当課から受託業者に連絡する。

医療費のお知らせ仕様見本：表面記載例

(部課署番号)または(郵便番号)
(所属所名)または(住所)

(作成年月日)

(組合員氏名) 様
(所属所) (証番号) (通し番号)

札幌市職員共済組合
(総務局職員部共済担当課)
〒060-8611
札幌市中央区北 1 条西 2 丁目
市庁舎 15 階 (TEL. 011-211-2432)

医療費のお知らせ

(处理年月)

※表示期間前の診療分が含まれる場合があります。

[illegible]

○医療費のお知らせの見方

- ①受診した方の氏名
- ②受診した年月
- ③その月にその医療機関等で受診した日数（入院時食事療養費等の場合は回数）
- ④入院(入院)、外来(外来)、調剤(調剤薬局分)(調剤)、歯科(歯科)、柔道整復（柔整）、はり灸・マッサージ（鍼マ）、訪問看護(訪看)、装具(装具)、入院時食事療養費等(食事)の区分
- ⑤受診した病院、薬局等の名称（装具の場合は空欄）
- ⑥その月にその医療機関等で、健康保険を使用した医療費の総額
- ⑦医療費総額のうち、法律に基づいて共済組合が負担した相当額
- ⑧医療機関等の窓口で支払った金額（自己負担相当額）
- ⑨法令で定められた健康保険共通の給付で、医療機関等の窓口で支払った金額が、一定の額（自己負担限度額）を超えた場合に払い戻す金額
- ⑩共済組合が、上記⑨の法定給付に上乗せしている独自の給付額
- ⑪窓口負担額から高額療養費と附加金の金額を除いた金額

○医療費のお知らせについての注意事項

◎医療費のお知らせは、確定申告（医療費控除）に使用できますが、下記のような理由から、実際とは記載内容が異なっている場合があります（領収書等でご確認ください。）。

その場合には、医療費のお知らせへの補記や「医療費控除の明細書」の作成が必要になり、確定申告後も領収書等をご自身で保管していただく必要があります。

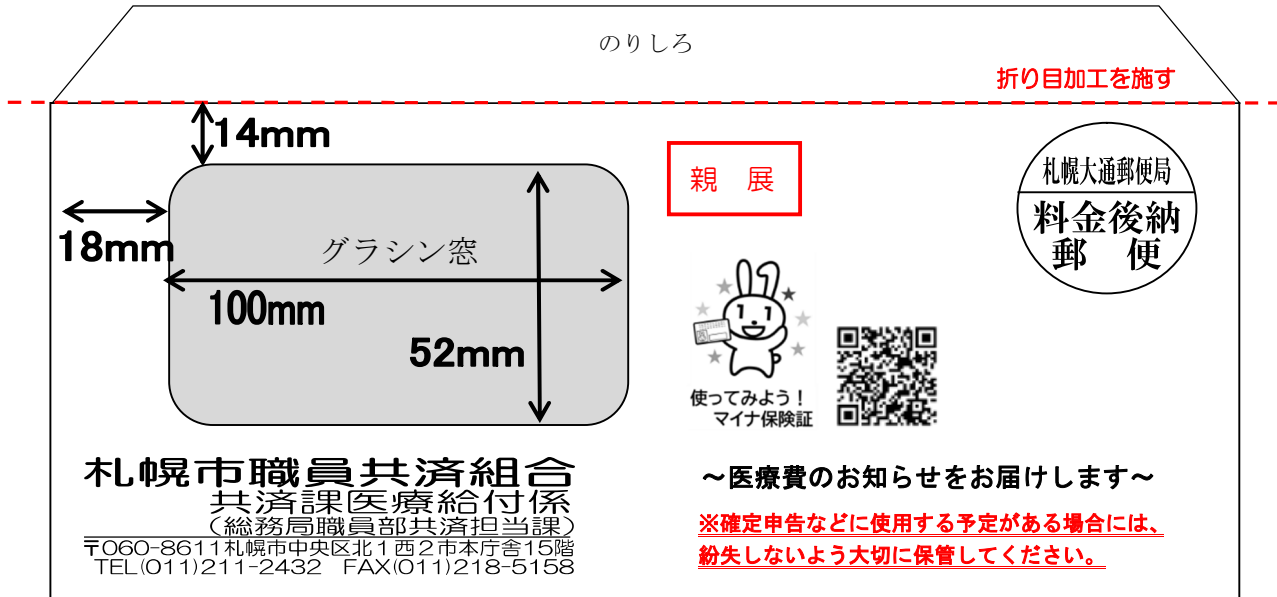
- ・対象期間内に受診されている場合でも、医療機関から共済組合への医療費の明細書（レセプト）の提出が遅れているなどの理由により、記載されていない場合があります。
- ・健康保険の適用外費用（自由診療の歯科治療、薬の容器代、診断書料、入院時の差額ベッド代など）は記載されません。
- ・実際に窓口で支払った金額は、10円未満を端数処理しているため、医療費のお知らせの記載内容と異なる場合があります（確定申告の際に修正の必要はありません。）。
- ・公費助成がある場合は、確定申告用自己負担額は表示されません。
- ・医療機関名等は、システム登録の関係上、表示されない場合があります。
- ・整骨院や、はり・きゅう院で保険診療の施術を受けた場合、医療機関名等の欄が整骨院・接骨院等の名称ではなく、柔道整復師の氏名や柔道整復師会等（請求書とりまとめ団体）の名称になっている場合があります。

◎確定申告（医療費控除）の詳細については、国税庁のホームページでご確認いただくか、税務署にお問い合わせください。

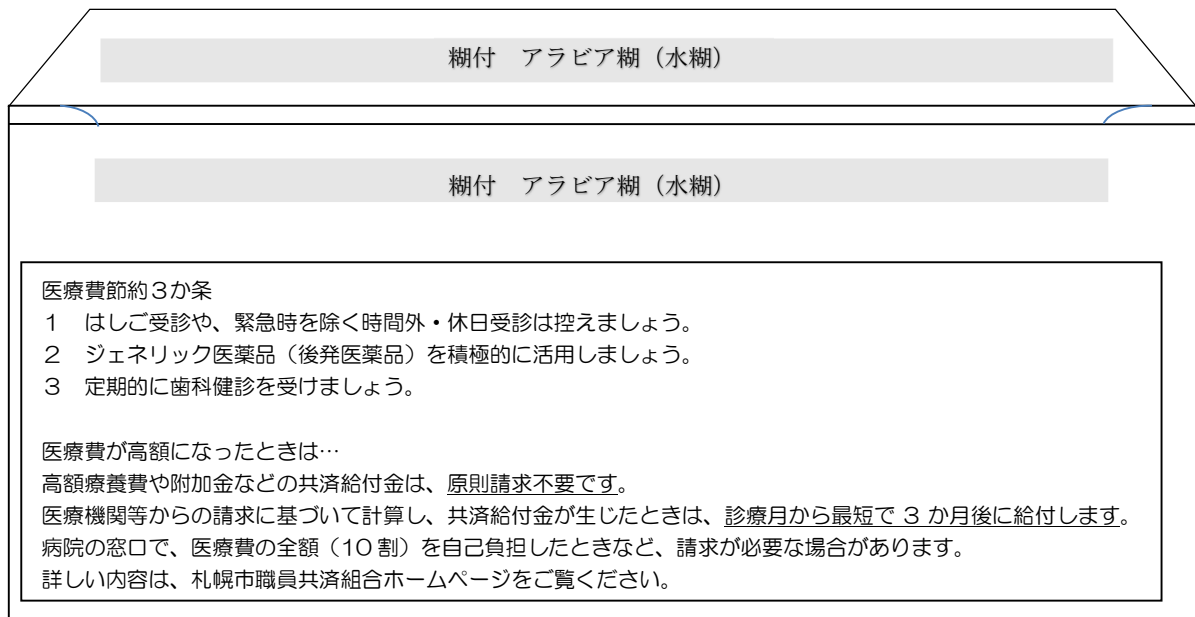
◎医療費のお知らせを、確定申告などで使用される予定がある場合には、紛失しないよう大切に保管してください。

窓あき封筒仕様見本

- 1 サイズ 封緘時の外寸(縦)110mm×(横)230mm
 - 2 デザイン 下図のとおり
- (1) 表面 (窓あき (グラシン窓)、印字=黒色 (一部赤字))



- 注1) 寸法については、1mm 程度の誤差を許容する。
- 注2) 窓部分は、グラシン (半透明) で作成すること。
- 注3) 内容物が透けて見えないよう、紙を厚くするか、または内面に地紋等を印刷すること。
- 注4) 文字等は、適宜大きさや位置を調整しても構わない。
- (2) 裏面 (貼り合わせ=カマス貼り (内カマス)、糊付き)



- 注5) 封緘用の糊 (アラビア糊 (水糊)) を備えていること。
- 注6) 表面と同様に、内容物が透けて見えないこと。
- 注7) 表面と同様に、文字等は、適宜大きさや位置を調整しても構わない。

医療費通知データ形式

- | | |
|----------|------------------------|
| 1 媒体種類 | ◆光ディスク(CD-RWまたはDVD-RW) |
| 2 データ属性 | S-JISコード |
| 3 ファイル形式 | CSV |
| 4 ファイル名 | itsuchi.csv |
| 5 レイアウト | 下記のとおり |

No.	項目名称	データ型	桁数	説明・印字にかかる注意事項
1	通し番号	X	7	「#」+データ順の通し番号。(例)#000001～#999999 通知には、 1通ごとの通し番号を振り直して印字すること。
2	処理年月	9	6	以下のとおり印字すること。 6月作業分 「令和7年1月～令和7年3月診療分」 9月作業分 「令和7年4月～令和7年6月診療分」 12月作業分 「令和7年7月～令和7年9月診療分」 3月作業分 「令和7年10月～令和7年12月診療分」
3	郵便番号	X	8	データに応じて以下(1)(2)のいずれかを印字すること。 (1)No.3～6の郵便番号、住所1～3 (2)No.7、8の所属所名、部課番号
4	住所1	N	15	
5	住所2	N	15	
6	住所3	N	15	
7	所属所名	N	15	
8	部課番号	9	8	
9	組合員氏名	N	12	
10	所属所	9	1	No.10、11の所属所・証番号が同一である場合、No.13～25の内容を通知 1通の明細行に印字すること。 明細行が不足する場合は2通目以降に 印字すること。
11	証番号	9	8	
12	作成年月日	—	—	別に共済組合の指定する年月日を印字すること。
13	受診者氏名	N	12	「合計」とある場合には、合計行のデータとして通知書の最終行に印 字すること。通知書が2通目以降にわたる場合は、最終通の最終行に印 字すること。
14	診療年月	9	6	西暦年月(例:202101)を和暦(例:0301)に変換して印字すること。
15	日数	9	2	
16	区分	N	2	入院・外来・歯科・調剤・訪看・装具・柔整・鍼マを、データの文字列をそ のまま印字すること。
17	医療機関名等	N	20	18桁まで 印字すること。
18	医療費総額	9	8	3桁区切りに変換して印字すること。(例:43210→43,210) No.13「受診者氏名」に「合計」とある場合には、合計行のデータとして 通知書の最終行に印字すること。通知書が2通目以降にわたる場合 は、最終通の最終行に印字すること。
19	法定給付相当額	9	8	
20	公費負担額	9	8	印字しない。
21	窓口負担額	9	8	3桁区切りに変換して印字すること。(例:43210→43,210) No.13「受診者氏名」に「合計」とある場合には、合計行のデータとして 通知書の最終行に印字すること。通知書が2通目以降にわたる場合 は、最終通の最終行に印字すること。
22	高額療養費	9	8	
23	附加金	9	8	
24	支給額	9	8	印字しない。
25	確定申告用自己負担額	X	8	データのとおりに、数値または「*****」を印字すること。 数値は3桁区切りに変換して印字すること。(例:43210→43,210) No.13「受診者氏名」に「合計」とある場合には、合計行のデータとして 通知書の最終行に印字すること。通知書が2通目以降にわたる場合 は、最終通の最終行に印字すること。
26	改行コード	X	2	HEXコード「0D0A:ゼロ、ディ、ゼロ、エイ」

データ型「9」…半角数字のみ

「X」…アルファベット・数字・記号混合の半角文字

「N」…全角。漢字あり。