

令和7年12月3日

高知市長 桑 名 龍 吾  
(高知市総務部契約課物品契約担当)

オープンカウンター方式(自由参加型競争見積)による物件調達について

案 件 番 号	7-89
発 注 形 態	製造の請負
案 件 名	乳幼児医療受給者証付用紙(単票)
数 量 等	5,000枚(若草:1,000枚 もえぎ:2,000枚 ふじ:1,000枚 空:1,000枚)
納 入 期 限	令和8年3月6日(金)【事前納期:令和8年1月29日(木)】
納 入 場 所	高知市役所子育て給付課(本庁舎3階)
仕様・規格等	別紙仕様書のとおり
見 積 参 加 者 の 資 格 要 件	<p>ア 物品の買入れ等におけるオープンカウンター方式(自由参加型競争見積)の実施に関する要領第4条第1項に規定する参加者資格要件を満たす者</p> <p>イ 地域要件が「市内業者」又は「準市内業者」である者</p> <p>ウ ア・イのうち物件等競争入札参加資格者名簿において営業種目における区分が「フォーム印刷(0303)」で登録している者</p>
見 本 の 閲 覧	見本は契約課にあります。
質 疑	<p>提 出 期 限 : 令和7年12月5日(金) 12時00分まで</p> <p>提 出 先 : 子育て給付課</p> <p>質疑回答は、質疑書提出締切日の翌開庁日中に総務部契約課執務室において閲覧に付すとともに契約課インターネットホームページに掲載します。</p>
見積書提出期間	令和7年12月9日(火)から令和7年12月10日(水) 15時00分まで
見積書提出場所	高知市役所本庁舎3階 契約課 物品・業務委託契約担当
備 考	<p>(1) 見積書は、所定の様式(別記様式)を使用してください。代表者印の押印は省略可能です。また、代表者印の有無に関わらず、見積書原本の提出は不要とします。</p> <p>(2) 見積書はFAX又は持参してください。FAXにより見積書を提出した場合は、必ず契約課に到達確認をしてください。</p> <p>(3) 本案件は、契約書を作成する場合電子契約が可能であるため(請書による場合を除く。)、希望する場合は、見積書提出時に『別記様式「電子契約利用承諾書」』を電子メールの方法により契約課(kc-050500@city.kochi.lg.jp)に提出してください。(※『別記様式「電子契約利用承諾書」』:契約課ホームページ-お知らせ-電子契約サービスの導入について)</p> <p>(4) 競争見積の結果(決定業者名及び決定金額)については、契約相手方が決定し次第、速やかに契約課執務室において閲覧に供するとともに契約課ホームページに掲載します。なお、決定業者の方には電話にて連絡のうえ、FAXで決定通知書を送付します。</p> <p>(5) その他の条件等については、「物品の買入れ等におけるオープンカウンター方式(自由参加型競争見積)の実施に関する要領」に示すとおりとします。</p>
調 達 依 頼 課	子育て給付課 TEL:088-823-9447 FAX:088-823-9368 担当:宮田・刈谷
契約事務担当	<p>契約課物品・業務委託契約担当</p> <p>TEL:088-823-9414 FAX:088-823-9496</p>

# 乳幼児医療受給者証付用紙発注仕様書

子育て給付課

## 1 数量

- ・5,000 枚（若草：1,000 もえぎ：2,000 ふじ：1,000 空：1,000）  
ひと箱に 1,000 枚ずつでお願いします。

## 2 条件等

- ① 紙質 : 上質紙（現受給者証の紙色）
- ② 紙色 : 白、受給者証部分は各色
- ③ 印刷文字 : 見本のとおり（両面印刷）
- ④ 寸法 : 縦 228.6mm×横 351mm
- ⑤ 刷色 : 黒
- ⑥ 校正 : 要
- ⑦ その他 : ミシン目あり

## 3 納入期限

令和 8 年 3 月 6 日（金） 事前納期 令和 8 年 1 月 29 日（木）  
20 部ずつ 4 色

## 4 納入場所

高知市役所子育て給付課（本庁舎 3 階）

## 5 前回（令和 7 年 6 月発注の受給者証・連票）からの変更点

- ・左右耳部分が無くなる。
- ・単票になる。
- ・オモテとウラ両方の、のり加工が無くなる。
- ・ミシン目が一部無くなる。
- ・オモテ面の受給者証部分に市長印印影を追加（印影の色は黒色）。
- ・オモテ面の文言を数か所削除。
- ・ウラ面の「,」を「、」に置換。
- ・ウラ面の文言を一部変更及び一部削除。

## 6 問合せ先

子育て給付課 宮田・刈谷  
☎ 0 8 8 - 8 2 3 - 9 4 4 7

## 帳 票 発 注 仕 様 書

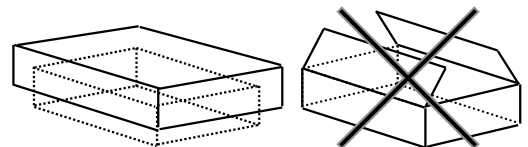
発 注 課 名	高知市役所                  子育て給付課	発注課電話番号（直通）	088-823-9447
発注課担当者名	宮田・刈谷		

帳 票 名	乳幼児医療受給者証付用紙（単票）	納 入 場 所	子育て給付課
本番印刷枚数	5,000枚（若草1,000 もえぎ2,000 ふじ1,000 空1,000）	本 番 納 期	令和8年3月6日    金曜日
事前印刷の必要有無	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有り	事 前 納 期	令和8年1月29日    木曜日 （本番納期より4週間以前を設定すること）

※ ＜事前印刷の必要有無について＞

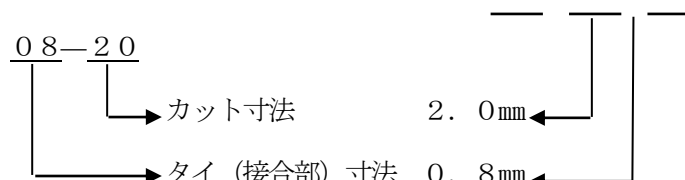
- ・ 確認のため、本番印刷前に80セット分を事前に印刷し納入のこと
- ・ 事前印刷の内容を本市にて確認し、承認を得たうえで本番印刷を開始すること（注意事項⑥参照）
- ・ 事前印刷の80セット分は、本番印刷枚数に含めないこと
- ・ 事前印刷の80セット分の費用については、見積金額に含むこと

紙質・刷色	<input type="checkbox"/> N L P 使用    =    情報政策課の日本語ラインプリンタ（N L P）で印刷する。		
	<input checked="" type="checkbox"/> 上質紙 <input type="checkbox"/> 再生紙 <input type="checkbox"/> 色上質紙 <input type="checkbox"/> OCR用紙 <input type="checkbox"/> 圧着シラー用紙	紙      色	見本のとおり
		刷      色	表（見本のとおり）    裏（見本のとおり）
		用 紙 連 量	9 0 kg（ <u>OCR帳票は、72kg</u> ）
印刷形態 及び 用紙サイズ	<input type="checkbox"/> 単列 <input type="checkbox"/> 並列（ダブル・ホール）	縦                  インチ                  ×                  横                  インチ	（耳幅を含む）
	<input checked="" type="checkbox"/> 単票	縦                  228.6 mm                  ×                  横                  351 mm	J I S規格サイズ記入欄 （                  ）
用 紙 箱	・ 幅（457mm以内）×長さ（355mm以内）×高さ（250～300mm） ・ 底箱と蓋が分離する形状とする（右図）。 ※ 1箱のセット数（1,000セット）		
注 意 事 項  （不用な項目は 削除のこと）	① <u>原版（フィルム等）校正のこと</u> （原版（フィルム等）は作成後直ちに納品し、本市の承認を得ること） ② <u>紙色及び刷色</u> のサンプルを提出すること（原版（フィルム等）納品時に提出のこと） ③ <u>ドロップアウトカラー</u> （OCR帳票）の仕様は、裏面参照のこと ④ <u>ミシン目</u> は、N I P仕様のミシン止めを行うこと ⑤ <u>折畳みミシン目</u> 、 <u>中間ミシン目</u> の加工基準値については、裏面参照のこと ⑥ <u>本仕様書の条件を満たさない場合、本市はその損害について一切の責任を負わない</u>		
そ の 他	・ 用紙連量は、55 ～ 135 kg以内（ <u>OCR帳票は、72kg</u> ） ・ 用紙の折り幅は、縦 7 ～ 14インチ × 横6.5 ～ 18インチ以内 ・ 重ね合わせ枚数は、1 Pのみ（タック紙は除く）		
後 処 理 機	封入封緘機使用	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	
	圧着シラー機使用	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	



# 【 裏 面 】

## ミ シ ン 目 加 工

	5 5 kgから 9 0 kgまで	9 0 kgから 1 1 0 kgまで	1 1 0 kgから 1 3 5 kgまで	
折 り 目 ミ シ ン	0 8—2 0 0 8—2 5 0 8—3 0	0 8—2 0 0 8—2 5 0 8—3 0	0 8—1 5 0 8—2 0 0 8—2 5	
中 間 横 ミ シ ン	0 8—2 0 0 8—3 0 1 0—1 0	0 8—1 5 0 8—2 5 1 0—1 0	0 8—1 5 0 8—2 5 1 0—1 0	
中 間 縦 ミ シ ン	1 0—2 0 1 0—3 0 1 0—4 0	0 8—1 5 0 8—2 5 0 8—3 0	0 8—1 5 0 8—2 5 0 8—3 0	
マ イ ク ロ ミ シ ン	0 2 3—0 2 8	0 2 3—0 2 8	0 2 3—0 2 8	
送 り 孔 縦 ミ シ ン	1 0—3 0	1 0—3 0	1 0—3 0	
そ の 他	<p>・ 値の読み方</p>  <p>⑦ 中間横ミシン目の加工条件は、折畳ミシン目より折り特性が弱くなるタイ／カット比率とする。また、用紙の両端に2～5mmタイ部を設けること</p> <p>・ OCR用紙の場合は、本規定値より若干タイ／カット比率を小さい方向にする。</p> <p>・ 帳票の縦長によって比率が異なりますので注意して下さい。</p> <p>⑧ ミシン目部に対しては、凹凸、バリ、カス、紙粉除去等の処置をし、ミシン目の押しつぶしを実施すること</p>			

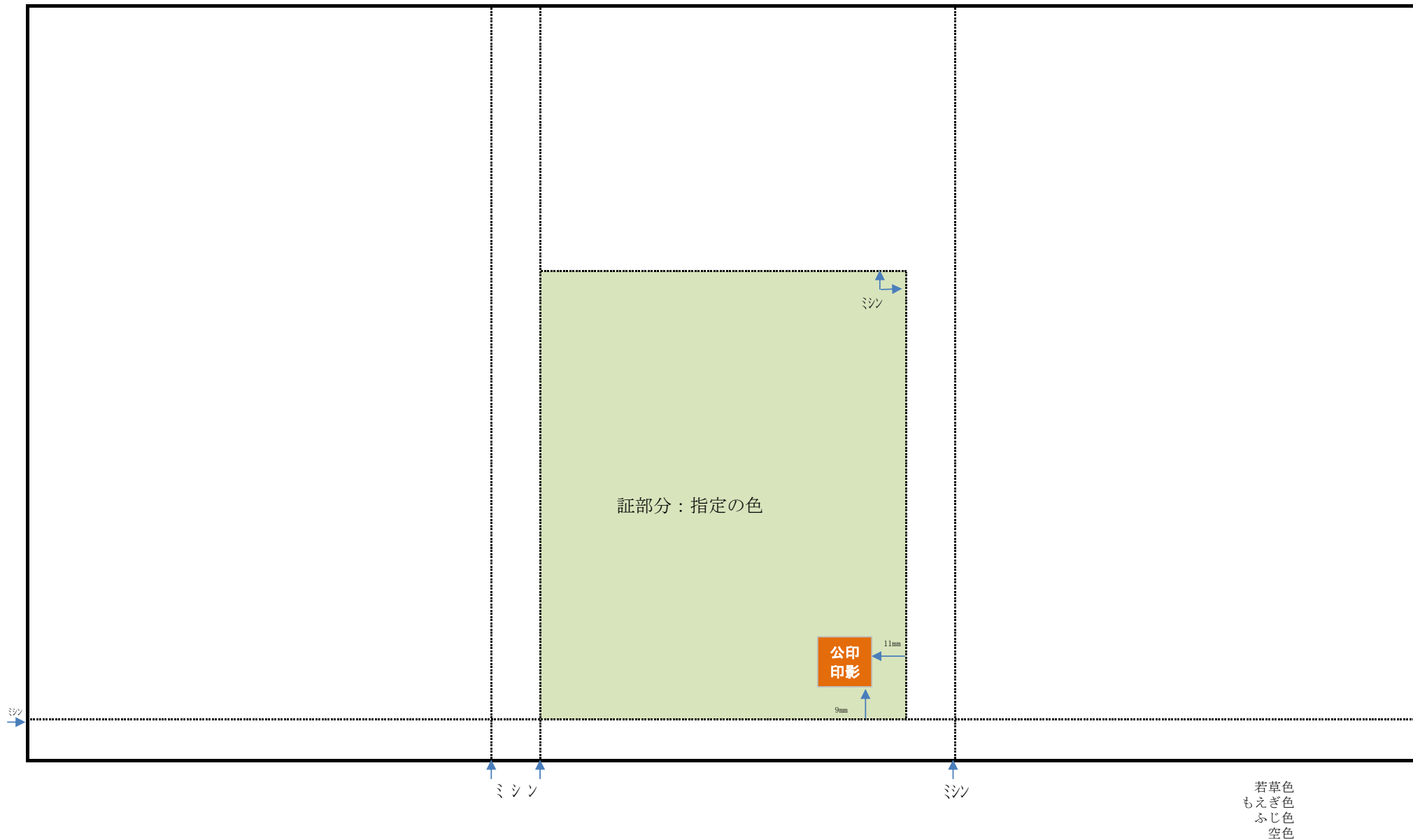
## ドロップアウトカラー（OCR帳票）の仕様

- ・ 刷り色は赤色系とし、波長：660nm PCS値0.15以下とすること（黄色系、セピア色、印刷濃度の低いピンク色は避けること）
- ・ 背景はスクリーンの網点を最も低い濃度（0～10％程度）とすること

## 紙の仕上寸法 —日本標準規格JIS（抜粋）—

A 3	4 2 0 mm×2 9 7 mm	B 3	5 1 5 mm×3 6 4 mm
A 4	2 9 7 mm×2 1 0 mm	B 4	3 6 4 mm×2 5 7 mm
A 5	2 1 0 mm×1 4 8 mm	B 5	2 5 7 mm×1 8 2 mm

# オモテ



## ●かかりつけ医を持ち、平日の時間内に受診。

- ・日頃から、かかりつけの医師を持ち、急病時の対応について相談しておきましょう。
- ・連休など医療機関が休診となるときには、前もって診察を受け、必要な薬を処方してもらいましょう。
- ・休日・夜間に受診しようとする際には、平日の時間内に受診することができないか、今一度検討してください。

## ●こうちこども救急ダイヤル「#8000」へ電話

夜間にお子さんの急病で心配になったら、まず、こうちこども救急ダイヤル「#8000」をご利用ください。  
看護師による電話相談を行っています。

### こうちこども救急ダイヤル

TEL #8000または088-873-3090  
受付：365日対応（夜8時～深夜1時）

## ●「医療情報ネット」を活用

パソコンや携帯電話で、病院・診療所・薬局などを、目的に応じた様々な条件から検索できます。  
<https://www.iryuu.teikyosei.do.mhlw.go.jp>

医療情報ネット

検索

## ◎ご注意ください

- (1) 健康保険証等がないと受給者証は使用できません。
- (2) 高知県外の医療機関では、受給者証は使用できません。（ただし、申請により払戻しを受けられます。）
- (3) 交通事故などの第三者行為によるけがなどの治療には受給者証は使用できません。
- (4) 保険診療の対象とならない費用（認定療養費（200床以上の病院）、入院証明書料、健康診断料、おむつ代、病衣代、薬の容器代など）は、助成の対象とはなりません。
- (5) 高額療養費などの保険給付があるときは、高知市が被保険者の方に代わって保険者に請求し、受領することになりますので、委任状を提出していただきます。なお、保険者によっては、事務処理上、直接被保険者に支払うことがあります。その場合は、高知市が被保険者の方に請求することになりますので、お含みおきください。
- (6) 受給者証の発行後、保護者の方の所得更正があった場合や世帯区分（課税世帯・非課税世帯）の変更があった場合は、公費負担番号が変わることがあります。その場合は、子育て給付課からご通知いたします。（未就学児童のみ）

## 注 意 事 項

- 1 この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、医療費の自己負担額の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持して下さい。
- 2 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者資格の確認を受けるとともに、この証を窓口に提示してください。
- 3 受給者の資格がなくなったとき、又は有効期間を経過したときは、速やかにこの証を市長に返してください。また、氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市長に届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。
- 5 他の医療費の助成および給付が適用される場合は、それらの助成および給付が優先されます。

## （保険医療機関へのお願い）

- 1 請求は、国保・国保組合加入者については高知県国民健康保険団体連合会へ、それ以外の医療保険加入者については社会保険診療報酬支払基金へ、併用レセプトにより行ってください。
- 2 診療の際は有効期間等の記載事項についての確認を必ずしてください。

お問合せ先 高知市役所 子育て給付課  
電話 088-823-9447

## ◎受給資格を喪失するとき

次の場合は、資格を喪失します。資格が喪失したときは早め至高知子育て給付課または地域の窓口センターに受給者証をお返してください。（郵送可）

- (1) 市外へ転出されるとき
  - (2) 健康保険の資格がなくなったとき
  - (3) 生活保護受給世帯になったとき
  - (4) 有効期限が切れたとき
- 受給資格を喪失した後受給者証を使用した場合は、助成した医療費を市へ返還していただくことになります。

## ◎次の場合は届出が必要です。

次の場合は届出が必要です。高知子育て給付課または地域の窓口センターで手続きしてください。

- (1) 加入している健康保険に変更があったとき
  - (2) 住所、氏名が変わったとき
  - (3) 受給者証をなくしたり、汚したとき
  - (4) 婚姻・離婚等により保護者の変更があった場合（未就学児童のみ）
- 手続には、健康保険の資格情報の確認できる書類、受給者証（紛失した場合を除く）をご持参ください。（4）については、対象となる児童と変更後の保護者のマイナンバー（個人番号）確認書類および変更後の保護者の身元確認書類の提示をお願いしています。地域の窓口センターで手続した場合は、後日郵送となります。

## ◎申請により払戻しを受ける場合

高知県外の医療機関で受診した等、認定期間中に医療機関等の窓口で保険診療自己負担額をお支払いになった場合は医療費の払戻しを受けることができます。  
※地域の窓口センターでは受付できません。

### ★申請に必要なもの

- ①病院等の領収書  
（注）会計の際、領収書に次の事項を必ず記入してもらってください。

- ・受診された児童の名前
- ・受診日
- ・保険診療分の金額と点数
- ・病院等の印

全額自己負担（10割）した際は、まず加入保険に払戻しを請求してください。

- ②健康保険の資格情報の確認ができる書類、受給者証
- ③保護者の預金口座番号の分かるもの  
※補装具払戻し申請時に必要な書類については別途お問い合わせください。

★受診月から2年を経過したものは対象外です。



耳部分無くなる

## ウラ 変更箇所

のり加工は全て無くなる

文言の「、」を「、」に置換

耳部分無くなる

### ●かかりつけ医を持ち、平日の時間内に受診。

- ・日頃から、かかりつけの医師を持ち、急病時の対応について相談しておきましょう。
- ・連休など医療機関が休診となるときには、前もって診察を受け、必要な薬を処方してもらいましょう。
- ・休日・夜間に受診しようとする際には、平日の時間内に受診することができないか、今一度検討してください。

### ●こうちこども救急ダイヤル 「#8000」へ電話

夜間にお子さんの急病で心配になったら、まず、こうちこども救急ダイヤル「#8000」をご利用ください。  
看護師による電話相談を行っています。

#### こうちこども救急ダイヤル

TEL #8000または088-873-3090

受付：365日対応（夜8時～深夜1時）

変更

### ●「医療情報ネット」を活用

パソコンや携帯電話で、病院・診療所・薬局などを、目的に応じた様々な条件から検索できます。

<https://www.iryous.teikyoseido.mhlw.go.jp>

医療情報ネット

検索

変更

URLが変更

### ◎ご注意ください。

- (1) 健康保険証がないと受給者証は使用できません。
- (2) 高知県外の医療機関では、受給者証は使用できません。  
(ただし、申請により払戻しを受けられます。)
- (3) 交通事故などの第三者行為によるけがなどの治療には受給者証は使用できません。
- (4) 保険診療の対象とならない費用(認定療養費(200床以上の病院)、入院証明書料、健康診断料、おむつ代、病衣代、薬の容器代など)は、助成の対象とはなりません。
- (5) 高額療養費などの保険給付があるときは、高知市が被保険者の方に代わって保険者に請求し、受領することになりますので、委任状を提出していただきます。なお、保険者によっては、事務処理上、直接被保険者に支払うことがあります。その場合は、高知市が被保険者の方に請求することになりますので、お含みおきください。
- (6) 受給者証の発行後、保護者の方の所得更正があった場合や世帯区分(課税世帯・非課税世帯)の変更があった場合は、公費負担番号が変わることがあります。その場合は、子育て給付課からご通知いたします。(未就学児童のみ)

### 注 意 事 項

- 1 この証は、高知県内の保険医療機関等で受診する際に、医療費の自己負担額の公費助成が受けられる証ですので、大切に保持して下さい。
- 2 保険医療機関等で受診する場合は、被保険者資格の確認を受けるとともに、この証を窓口に提示してください。
- 3 受給者の資格がなくなったとき、又は有効期間を経過したときは、速やかにこの証を市長に返してください。また、氏名、住所、加入保険等に変更があったときは、速やかにこの証を添えて市長に届け出てください。
- 4 この証を破ったり、汚したり、又は失ったときには、再交付を受けてください。
- 5 他の医療費の助成および給付が適用される場合は、それらの助成および給付が優先されます。

### (保険医療機関へのお願い)

- 1 請求は、国保・国保組合加入者については高知県国民健康保険団体連合会へ、それ以外の医療保険加入者については社会保険診療報酬支払基金へ、併用レセプトにより行ってください。
- 2 診療の際は有効期間等の記載事項についての確認を必ずしてください。

お問合せ先 高知市役所 子育て給付課  
電話 088-823-9447

### ◎受給資格を喪失するとき

次の場合は、資格を喪失します。資格が喪失したときは早め至高知子育て給付課または地域の窓口センターに受給者証をお返してください。(郵送可)

- (1) 市外へ転出されるとき
  - (2) 健康保険の資格がなくなったとき
  - (3) 生活保護受給世帯になったとき
  - (4) 有効期限が切れたとき
- 受給資格を喪失した後に受給者証を使用した場合は、助成した医療費を市へ返還していただくことになります。

### ◎次の場合は届出が必要です。

次の場合は届出が必要です。高知市子育て給付課または地域の窓口センターで手続きしてください。

- (1) 加入している健康保険に変更があったとき
  - (2) 住所、氏名が変わったとき
  - (3) 受給者証をなくしたり、汚したとき
  - (4) 婚姻・離婚等により保護者の変更があった場合(未就学児童のみ)
- 手続には、健康保険の資格情報の確認できる書類、受給者証(紛失した場合を除く)をご持参ください。(4)については、対象となる児童と変更後の保護者のマイナンバー(個人番号)確認書類および変更後の保護者の身元確認書類の提示をお願いしています。地域の窓口センターで手続した場合は、後日郵送となります。

### ◎申請により払戻しを受ける場合

高知県外の医療機関で受診した等、認定期間中に医療機関等の窓口で保険診療自己負担額をお支払いになった場合は医療費の払戻しを受けることができます。  
※地域の窓口センターでは受付できません。

変更

#### ★申請に必要なもの

- ①病院等の領収書  
(注)会計の際、領収書に次の事項を必ず記入してもらってください。
  - ・受診された児童の名前
  - ・受診日
  - ・保険診療分の金額と点数
  - ・病院等の印

全額自己負担(10割)した際は、まず加入保険に払戻しを請求してください。

変更

- ②健康保険の資格情報の確認ができる書類、受給者証
  - ③保護者の預金口座番号の分かるもの
- ※補装具払戻し申請時に必要な書類については別途お問い合わせください。

★受診月から2年を経過したものは対象外です。

文言を削除