

令和 6年 5月 31日

加 賀 市 長

(担当 総務部管財課)

見 積 依 頼 書

下記のとおり見積徴収を行いますので、見積書を提出されるようお願いします。

物 件 名 等	国民健康保険限度額適用認定証、国民健康保険限度額適用・標準負担減額認定証
見積提出期限 及 び 場 所	令和 6年 6月 3日 午前 11 時 30 分 加賀市役所 総務部 管財課
見積書宛名	加賀市長 宮元 陸
納 入 期 限	令和 6年 7月 5日
納 入 場 所	保険年金課 国保グループ
落 札 方 法	総価落札
注意事項	1 指定日時までに提出されない場合は、見積をご辞退されたものと解釈させていただきます。 2 会社にあっては社印、代表者印を、個人についても記名捺印をお願いいたします。

伺 番 号 第 0000095 号

品 目 明 細

年 度 令和 6 年度

件 名 国民健康保険限度額適用認定証、国民健康保険限度額適用・標準負担減額認定証

伺 番 号 0000095

1 / 1

No.	品 名	印刷製本（単位：枚）	分類番号	002-002-000
1	規 格	国民健康保険限度額適用認定証		
	数 量	200 枚		
No.	品 名	印刷製本（単位：枚）	分類番号	002-002-000
2	規 格	国民健康保険限度額適用・標準負担減額認定証		
	数 量	400 枚		
No.	品 名		分類番号	
3	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
4	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
5	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
6	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
7	規 格			
	数 量			

印刷仕様書

市民健康部 保険年金課

件名	国民健康保険限度額適用認定証		
紙質	別添（見本）のとおり ※現物見本は管財課にあります。		
印刷			
規格	別添のとおり（縦5インチ（127mm）、横7.2インチ（182mm））		
形状	別添のとおり（ <u>白地に茶色刷り</u> 、公印部分は朱色）		
数量	200枚	校正	要
納入期限	令和6年7月5日	納入場所	保険年金課国保グループ
その他連絡事項	<p>（校正担当課・係名 保険年金 担当者 松本） （内線 2677）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・表面の印刷については、帳票レイアウトの青字部分を印刷。 ・横面の中央（両端から91mmの地点）に、切り取りのためのミシン目を入れてください。 ・裏面は、現行の様式と同様の枠線・文章を印刷してください。 <p>※発注業務にかかる特許等を使用する場合は、受注業者において実施許諾を受けていること。なお、受けている場合は許可番号を表示すること。 ※納入に際しては、事前に担当課の確認を受けた上で、納入場所へ納入し納品書に受領者印をもらって管財課へお出してください（原稿及び見本は担当課に返してください）。 ※納入期限は厳守してください。</p>		

印刷仕様書

市民健康部 保険年金課

件名	国民健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証		
紙質	別添（見本）のとおり ※現物見本は管財課にあります。		
印刷			
規格	別添のとおり（縦 5 インチ（127 mm）、横 7.2 インチ（182 mm））		
形状	別添のとおり（ <u>白地に茶色刷り</u> 、公印部分は朱色）		
数量	400枚	校正	要
納入期限	令和 6 年 7 月 5 日	納入場所	保険年金課国保グループ
その他連絡事項	<p style="text-align: right;">（校正担当課・係名 保険年金 担当者 松本） （内線 2677）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・表面の印刷については、帳票レイアウトの緑字部分を印刷してください。 ・横面の中央（両端から 91 mmの地点）に、切り取りのためのミシン目を入れてください。 ・裏面は、現行の様式と同様の枠線・文章を印刷してください。 <p>※発注業務にかかる特許等を使用する場合は、受注業者において実施許諾を受けていること。なお、受けている場合は許可番号を表示すること。</p> <p>※納入に際しては、事前に担当課の確認を受けた上で、納入場所へ納入し納品書に受領者印をもらって管財課へお出しください（原稿及び見本は担当課に返してください）。</p> <p>※納入期限は厳守してください。</p>		

石川県 国民健康保険
限度額適用・標準負担額減額認定証

有効期限 _____
 交付年月日 _____

記号 番号 _____ (枝番)

世帯主	住所	
	氏名	

対適用 対象・減額 者額	氏名	
	生年月日	

発効期日 _____

適用区分 _____

長期入院 該当年月日		交付 者印
---------------	--	----------

保険者番号並びに交付者の名称及び印

			1	7	0	0	5	0	
--	--	--	---	---	---	---	---	---	--

加賀市 

石川県 国民健康保険限度額適用認定証

有効期限 _____
 交付年月日 _____

記号 番号 _____ (枝番)

世帯主	住所	
	氏名	


適用対象者	氏名	
	生年月日	

発効期日 _____

適用区分 _____

保険者番号並びに交付者の名称及び印

			1	7	0	0	5	0	
--	--	--	---	---	---	---	---	---	--

加賀市 

注 意 事 項

1. この証によって療養を受ける場合は、次のとおり一部負担金限度額の適用及び食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額の減額が行われます。
 - (1) 療養を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関等又は指定訪問看護事業者ごとに1か月につき、別に定められた額を限度とします。
 - (2) 入院の際に食事療養を受ける場合に支払う食事療養標準負担額又は生活療養を受ける際に支払う生活療養標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。
2. 保険医療機関等において療養を受けようとするときは、その窓口で電子的確認を受けるか、この証を渡してください。
3. 被保険者の資格がなくなったとき又は認定の条件に該当しなくなったとき、直ちにこの証を加賀市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
4. 有効期限を経過した証を使用することはできません。また、有効期限を経過した証を使用して保険給付を受けた場合は、保険給付費の返還を求める場合があります。
5. 有効期限を経過した証について、加賀市から返還の求めがあったときは、直ちに、この証を加賀市に返してください。
6. この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、加賀市にその旨を届け出てください。
7. 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

備 考