

仕 様 書

1. 件名

風しんの追加的対策クーポン券等印刷及び封入封緘業務委託

2. 業務概要

本業務は、門真市（以下「発注者」という。）が受注者に提供するデータにより発注者が指定する風しん抗体検査及び予防接種クーポン券（以下「クーポン券」という。）、案内文書及び送付用封筒を作成・印刷し、これらの封入封緘処理又は封入処理を行い、完成品を指定場所に納品する。

3. 契約期間

契約締結日から令和6年8月31日まで

4. 業務内容

業務内容は、以下のとおりとする。

(1) クーポン券の作成及び印字・印刷

(2) 案内文書の作成及び印刷

(3) 送付用封筒の作成及び印刷

(4) 封入封緘業務

ア 抗体検査未受検者

クーポン券及び案内文書を折り込みして封入封緘を行う。

イ 予防接種未接種者（抗体検査陰性）

クーポン券及び案内文書を折り込みして封入を行う。

(5) 納品業務

抗体検査未受検者と予防接種未接種者（抗体検査陰性）に区分し、発注者が指定する場所に納品すること。

5. 印字テストの実施

クーポン券については、本市が提供するテストデータをもとに印字テストを実施し、発注者の確認をとること。また、印字テストの際は、発注者が指定する様式で提出すること。

6. 納品物

本事業の納品物は、以下のとおりとする。なお、納品回数は1回とする。（仕様等については別紙1、別紙2及び別紙3のとおり）

(1) クーポン券

(2) 案内文書

(3) 送付用封筒

次のとおり、(1)、(2)を封入封緘又は封入すること。

ア 抗体検査未受検者：封入封緘

イ 予防接種未接種者（抗体検査陰性）：封入

(4)クーポン券印字処理リスト

7. 数量等

(1)数量 別紙1のとおり

(2)校正回数 3回程度

8. 納品場所

門真市保健福祉部健康増進課 門真市保健福祉センター4F

9. データ連携

委託処理用データの連携は、発注者が用意する媒体または、L G-WAN（行政ネットワーク）回線を使用する。

データ連携に伴う費用は受注者負担とする。

10. 支払方法

完了払

11. 特記事項

- (1) 別記「個人情報取扱特記事項」を遵守すること。
- (2) 下記の公的認証を取得していること。または、同等のマネジメントシステムを構築していること。
 - ・ J I S Q 1 5 0 0 1（個人情報マネジメントシステム）
- (3) 外字対応
発注者より提供する EUDC ファイルを用いて外字出力に対応すること。

12. その他

- (1) 本仕様書に定めのない事項については、発注者及び受注者の協議の上で取り決めることとする。
- (2) 契約の履行上疑義が生じた場合は、受注者は、発注者と協議の上でその指示に従うこと。

別紙1

	印刷物名称	予定数量	仕様
1	クーポン券	13,200	<p>サイズ：A4判</p> <p>※機能を満たせばサイズ変更可</p> <p>※シールの大きさ・デザインは厚生労働省ホームページに掲載の自治体用手引きの最新版に準ずる</p> <p>※上部に宛名（氏名、住所、カスタマーバーコード等）及び案内、中部にクーポン券、下部に説明文を配置する。なお、案内及び説明文の印刷内容については、発注者から別途指示する</p> <p>※3つ折りにして、送付用封筒の窓から宛名が見えるようにする</p> <p>※中部のクーポン券部分の仕様については、別紙2のとおりとする。</p> <p>色数：表3色（浅葱色・黄色・黒）</p> <p>シール材質：上質55kgベース（普通粘着以上の糊）</p> <p>※クーポン券部分以外はシール材質以外でも可</p>
2	案内文書	13,300	<p>サイズ：A4判</p> <p>色数：表2色/裏2色</p> <p>紙質：上質紙55Kg</p> <p>巻き3つ折り</p> <p>※PDFデータを市より提供する。</p>
3	送付用封筒	13,200	<p>サイズ：長形3号サイズ 120mm×235mm、内込、窓付き、アラビアインサータ</p> <p>用紙材質：上質紙70kg</p> <p>色数：表1色</p> <p>※1のクーポン券上部の宛名が見えるように窓を設計する</p> <p>※料金別納郵便、区内特別及び差出人情報（市のマーク、郵便番号、住所、課名、電話番号等）を入れる</p>

別紙2 クーポン券の仕様

①シール材質及び仕様	
<p>1) 上質紙 55Kg ベース 2) 普通粘着以上の糊 3) OCR の読取に影響の無い用紙 4) 「抗体検査券」＝浅葱(あさぎ)色・「予防接種予診券および予防接種券」＝黄色</p>	
②クーポンサイズ	
<p>1) 抗体検査券 シールサイズ：タテ 32.0mm×ヨコ 63.0mm 数字部分フォントとサイズ：OCR B 9pt</p> <p>※OCR 読取における条件 枠内数字：上下 1.5mm の余白 最下段：OCR ライン (17 桁)：上下 2mm 以上の余白</p>	
<p>2) 予防接種券 (予診のみ) および予防接種券 シールサイズ：タテ 41.0mm×ヨコ 63.0mm 数字部分フォントとサイズ：OCR B 9pt</p> <p>※OCR 読取における条件 枠内数字：上下 1.5mm の余白 金額表記：表 3 段目および 4 段目：金額と「円」の間にスペース 最下段：OCR ライン (22 桁)：上下 2mm 以上の余白</p>	
③クーポン内の記載事項	
1) 券種	<p>1：抗体検査券 2：予防接種予診券 (予診のみ) 3：予防接種券</p>
2) 請求先	<ul style="list-style-type: none"> 自治体名「都道府県＋市区町村」 自治体 No (総務省 全国地方公共団体コード 6 桁)
3) 接種費用 ※抗体検査券は除く	<ul style="list-style-type: none"> 接種に係る費用 (市区町村が定める額を記載、自己負担額を除く) 税抜き価格を記載すること
4) 自己負担額 ※抗体検査券は除く	<ul style="list-style-type: none"> 接種に係る自己負担額 税抜き価格を記載すること
5) 発券 No	<ul style="list-style-type: none"> 10 桁 市区町村において一意となる管理番号とすること
6) 有効期限	<ul style="list-style-type: none"> 当該年度末
7) 氏名	<ul style="list-style-type: none"> 20 文字
8) バーコード ※任意記載事項	<ul style="list-style-type: none"> 市区町村システム入力用 NW-7 規格 サイズ：タテ 5.6mm×ヨコ 37.31mm 程度を想定
9) OCR ライン	<ul style="list-style-type: none"> 国保連システム入力用 抗体検査 (17 桁) → 券種 (1 桁) + 市区町村コード (6 桁) + 券番号 (10 桁) 予防接種予診券、および予防接種券 (22 桁) → 券種 (1 桁) + 市区町村コード (6 桁) + 券番号 (10 桁) + 予診費用又は接種費用 (5 桁) ※例) 費用 (2,000 円) = 02000・(10,000 円) = 10000
10) 予防接種券 兼 予防接種済証 ※右下のクーポンのみ	<p>予診票に貼付することで予防接種法施行規則 (昭和 23 年 8 月 10 日厚生省令第 36 号) 第 4 条に基づく「予防接種済証」として取り扱うことができるため、「都道府県名＋市区町村長名」を記載</p>

別紙3 納品物イメージ

クーポン券

A4サイズ

(全体)

(クーポン券部分)

(宛名+案内)



(説明文)

<table border="1"> <tr><td>券種</td><td>抗体検査券</td><td>1</td></tr> <tr><td>請求先</td><td>〇〇県〇〇市</td><td>123456</td></tr> <tr><td>券番号</td><td>0123456789</td><td>有効期限2029年03月</td></tr> <tr><td colspan="3">(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)</td></tr> <tr><td colspan="3">12345678901234567</td></tr> </table>	券種	抗体検査券	1	請求先	〇〇県〇〇市	123456	券番号	0123456789	有効期限2029年03月	(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)			12345678901234567			<table border="1"> <tr><td>券種</td><td>抗体検査券</td><td>1</td></tr> <tr><td>請求先</td><td>〇〇県〇〇市</td><td>123456</td></tr> <tr><td>券番号</td><td>0123456789</td><td>有効期限2029年03月</td></tr> <tr><td colspan="3">(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)</td></tr> <tr><td colspan="3">12345678901234567</td></tr> </table>	券種	抗体検査券	1	請求先	〇〇県〇〇市	123456	券番号	0123456789	有効期限2029年03月	(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)			12345678901234567			<table border="1"> <tr><td>券種</td><td>抗体検査券</td><td>1</td></tr> <tr><td>請求先</td><td>〇〇県〇〇市</td><td>123456</td></tr> <tr><td>券番号</td><td>0123456789</td><td>有効期限2029年03月</td></tr> <tr><td colspan="3">(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (本人印)</td></tr> <tr><td colspan="3">12345678901234567</td></tr> </table>	券種	抗体検査券	1	請求先	〇〇県〇〇市	123456	券番号	0123456789	有効期限2029年03月	(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (本人印)			12345678901234567																				
券種	抗体検査券	1																																																															
請求先	〇〇県〇〇市	123456																																																															
券番号	0123456789	有効期限2029年03月																																																															
(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)																																																																	
12345678901234567																																																																	
券種	抗体検査券	1																																																															
請求先	〇〇県〇〇市	123456																																																															
券番号	0123456789	有効期限2029年03月																																																															
(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)																																																																	
12345678901234567																																																																	
券種	抗体検査券	1																																																															
請求先	〇〇県〇〇市	123456																																																															
券番号	0123456789	有効期限2029年03月																																																															
(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (本人印)																																																																	
12345678901234567																																																																	
<table border="1"> <tr><td>券種</td><td>予防接種予診券(予診のみ)</td><td>2</td></tr> <tr><td>請求先</td><td>〇〇県〇〇市</td><td>123456</td></tr> <tr><td>予診費用(税後)</td><td>9,999円(自己負担分を除く)</td><td></td></tr> <tr><td>自己負担額(税後)</td><td>0円</td><td></td></tr> <tr><td>券番号</td><td>0123456789</td><td>有効期限2029年03月</td></tr> <tr><td colspan="3">(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)</td></tr> <tr><td colspan="3">1234567890123456799999</td></tr> </table>	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	請求先	〇〇県〇〇市	123456	予診費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)		自己負担額(税後)	0円		券番号	0123456789	有効期限2029年03月	(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)			1234567890123456799999			<table border="1"> <tr><td>券種</td><td>予防接種予診券(予診のみ)</td><td>2</td></tr> <tr><td>請求先</td><td>〇〇県〇〇市</td><td>123456</td></tr> <tr><td>予診費用(税後)</td><td>9,999円(自己負担分を除く)</td><td></td></tr> <tr><td>自己負担額(税後)</td><td>0円</td><td></td></tr> <tr><td>券番号</td><td>0123456789</td><td>有効期限2029年03月</td></tr> <tr><td colspan="3">(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)</td></tr> <tr><td colspan="3">1234567890123456799999</td></tr> </table>	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	請求先	〇〇県〇〇市	123456	予診費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)		自己負担額(税後)	0円		券番号	0123456789	有効期限2029年03月	(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)			1234567890123456799999			<table border="1"> <tr><td>券種</td><td>予防接種予診券(予診のみ)</td><td>2</td></tr> <tr><td>請求先</td><td>〇〇県〇〇市</td><td>123456</td></tr> <tr><td>予診費用(税後)</td><td>9,999円(自己負担分を除く)</td><td></td></tr> <tr><td>自己負担額(税後)</td><td>0円</td><td></td></tr> <tr><td>券番号</td><td>0123456789</td><td>有効期限2029年03月</td></tr> <tr><td colspan="3">(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (本人印)</td></tr> <tr><td colspan="3">1234567890123456799999</td></tr> </table>	券種	予防接種予診券(予診のみ)	2	請求先	〇〇県〇〇市	123456	予診費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)		自己負担額(税後)	0円		券番号	0123456789	有効期限2029年03月	(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (本人印)			1234567890123456799999		
券種	予防接種予診券(予診のみ)	2																																																															
請求先	〇〇県〇〇市	123456																																																															
予診費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)																																																																
自己負担額(税後)	0円																																																																
券番号	0123456789	有効期限2029年03月																																																															
(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)																																																																	
1234567890123456799999																																																																	
券種	予防接種予診券(予診のみ)	2																																																															
請求先	〇〇県〇〇市	123456																																																															
予診費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)																																																																
自己負担額(税後)	0円																																																																
券番号	0123456789	有効期限2029年03月																																																															
(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)																																																																	
1234567890123456799999																																																																	
券種	予防接種予診券(予診のみ)	2																																																															
請求先	〇〇県〇〇市	123456																																																															
予診費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)																																																																
自己負担額(税後)	0円																																																																
券番号	0123456789	有効期限2029年03月																																																															
(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (本人印)																																																																	
1234567890123456799999																																																																	
<table border="1"> <tr><td>券種</td><td>予防接種券</td><td>3</td></tr> <tr><td>請求先</td><td>〇〇県〇〇市</td><td>123456</td></tr> <tr><td>接種費用(税後)</td><td>9,999円(自己負担分を除く)</td><td></td></tr> <tr><td>自己負担額(税後)</td><td>0円</td><td></td></tr> <tr><td>券番号</td><td>0123456789</td><td>有効期限2029年03月</td></tr> <tr><td colspan="3">(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)</td></tr> <tr><td colspan="3">1234567890123456799999</td></tr> </table>	券種	予防接種券	3	請求先	〇〇県〇〇市	123456	接種費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)		自己負担額(税後)	0円		券番号	0123456789	有効期限2029年03月	(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)			1234567890123456799999			<table border="1"> <tr><td>券種</td><td>予防接種券</td><td>3</td></tr> <tr><td>請求先</td><td>〇〇県〇〇市</td><td>123456</td></tr> <tr><td>接種費用(税後)</td><td>9,999円(自己負担分を除く)</td><td></td></tr> <tr><td>自己負担額(税後)</td><td>0円</td><td></td></tr> <tr><td>券番号</td><td>0123456789</td><td>有効期限2029年03月</td></tr> <tr><td colspan="3">(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)</td></tr> <tr><td colspan="3">1234567890123456799999</td></tr> </table>	券種	予防接種券	3	請求先	〇〇県〇〇市	123456	接種費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)		自己負担額(税後)	0円		券番号	0123456789	有効期限2029年03月	(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)			1234567890123456799999			<table border="1"> <tr><td>券種</td><td>予防接種券(予診接種済済)</td><td>3</td></tr> <tr><td>請求先</td><td>〇〇県〇〇市</td><td>123456</td></tr> <tr><td>接種費用(税後)</td><td>9,999円(自己負担分を除く)</td><td></td></tr> <tr><td>自己負担額(税後)</td><td>0円</td><td></td></tr> <tr><td>券番号</td><td>0123456789</td><td>有効期限2029年03月</td></tr> <tr><td colspan="3">(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (本人印)</td></tr> <tr><td colspan="3">1234567890123456799999</td></tr> </table>	券種	予防接種券(予診接種済済)	3	請求先	〇〇県〇〇市	123456	接種費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)		自己負担額(税後)	0円		券番号	0123456789	有効期限2029年03月	(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (本人印)			1234567890123456799999		
券種	予防接種券	3																																																															
請求先	〇〇県〇〇市	123456																																																															
接種費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)																																																																
自己負担額(税後)	0円																																																																
券番号	0123456789	有効期限2029年03月																																																															
(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)																																																																	
1234567890123456799999																																																																	
券種	予防接種券	3																																																															
請求先	〇〇県〇〇市	123456																																																															
接種費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)																																																																
自己負担額(税後)	0円																																																																
券番号	0123456789	有効期限2029年03月																																																															
(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (医療機関印)																																																																	
1234567890123456799999																																																																	
券種	予防接種券(予診接種済済)	3																																																															
請求先	〇〇県〇〇市	123456																																																															
接種費用(税後)	9,999円(自己負担分を除く)																																																																
自己負担額(税後)	0円																																																																
券番号	0123456789	有効期限2029年03月																																																															
(氏名)一三四五六七八九十一三四五六七八九十 (本人印)																																																																	
1234567890123456799999																																																																	

案内文書

A4サイズ

(表)

(裏)

45～62歳男性の皆様へ

風しんの抗体を持っていると思込んでいませんか？

1：この年代の男性には、公的な予防接種が行われていません
2：他の感染症の水ぼうそう・はしかと混同している場合があります

あなたがきっかけで、妊娠初期の女性が風しんに感染すると赤ちゃんが心疾患・白内障・難聴をもって生まれる可能性があります

未来の子どもたちを守るために「無料の抗体検査」を受けましょう！

ステップ1
二次元コードから医療機関を検索し、抗体検査の予約をする

ステップ2
抗体検査を受ける

2025年2月末までに受けないと、『その後は有料』になります！

45 - 62 歳男性の「あなた」は、風しんに感染する可能性が高いです

1962年4月2日～1979年4月1日生まれの男性は、過去に公的な予防接種が行われてこなかったために、他の年代よりも抗体保有率が低く、風しんに感染するリスクが高くなっています。

自覚症状が少ないため、電車や職場などが集まる場所で、気づかない内に周囲の人たちに感染を広げてしまうおそれがあります。

風しんとは
都市部や郊外、山間部などで流行する風しん(はしか)を媒介するウイルスです。小児は発熱、発疹、首の後ろのリンパ腺が腫れて、数日で治ります。まれに高熱や肺炎によって入院することがあります。成人は発熱、発疹の発症後、関節痛など重症化の可能性があります。

先天性風しん症候群とは
妊娠初期(20週以内)に風しんに感染すると、赤ちゃんが先天性心疾患・白内障・難聴を併発する先天性風しん症候群をもって生まれてくる可能性があります。

同年代男性の『約460万人』が、過去5年間に抗体検査を受けました

2019年度以降の5年間で、厚生労働省が風しんの拡大防止のために実施している無料の抗体検査を受けた人は、約460万人に上ります。

風しんは無症状でも人に感染させてしまう可能性があるため、抗体検査と予防接種により集団免疫を構築することが重要です。

ステップ3：風しんの抗体がなかった場合

医療機関で「予防接種」を受けましょう！
クーポン券を使えば、予防接種も「無料」で受けることができます！

厚生労働省 | 国立大学 感染症学研究所 | 本リーフレットは、厚生労働省感染症対策推進課の依頼・再編集および予防接種政策推進研究機構「風しん第5期定期接種の対策期間延長」における風しん予防接種政策に関する研究」の成果物です。

封筒

長形3号

