

受付 番号	種 目 番 号	連絡先	委託担当
			こども家庭課 親子保健係 担当者名 細川 電 話 671-2455

設 計 書

1 委 託 名 令和3年度妊婦健康診査費用補助券のデータ入力等業務

2 履 行 場 所 受託者が委託者に提案し、委託者の承認を得た場所

3 履行期間 期間 令和3年4月1日 から 令和4年3月31日 まで
又は期限 期限 令和 年 月 日 まで

4 契約区分 確定契約 概算契約

5 その他特約事項

6 現 場 説 明 不要
 要 (月 日 時 分 場所)

7 委 託 概 要

- 妊婦健康診査費用補助券の搬出
- 妊婦健康診査費用補助券のデータ入力及び整理
- 成果品の納品

8 部 分 払

す る (回以内)

しない

部 分 払 の 基 準

業 務 内 容	履 行 予定月	数 量	単 位	単 価	金 額

※単価及び金額は消費税及び地方消費税相当額を含まない金額

※概算数量の場合は、数量及び金額を（ ）で囲む。

委 託 代 金 額		¥ _____
内 訳	業 務 価 格	¥ _____
	消費税及び地方消費税相当額	¥ _____

妊婦健康診査費用補助券のデータ入力等業務委託仕様書

委託者及び受託者は、委託契約書及び委託契約約款に基づき、この委託契約の業務内容等について、その詳細を次のとおり定める。

1 履行期間

令和3年4月1日 から 令和4年3月31日 まで

2 履行場所

受託者が委託者に提案し、委託者の承認を得た場所とする。

3 業務内容

妊婦健康診査費用補助券（以下「補助券」という。）に記載されている事項を 判読 し、データ入力並びに補助券の整理及び補助券の運搬を行うものとする。

(1) 補助券の搬出

委託者は、補助券を箱に格納し、受託者に引き渡す。受託者は、横浜市こども青少年局こども家庭課にて集荷し、履行場所へ搬出する。

(2) データ入力

補助券に記載されている事項を、下表の要領で別添「補助券入力シート（様式）.xls」に入力する。

No.	項目	文字数	入力規則及び説明等	備考
1	整理番号	6	半角数字（箱番号1桁+束番号2桁+連番3桁） 【例】1箱目の1束目の500枚目は、「101500」	6文字以外の場合及び重複値があった場合、検査でエラーとなります。
2	母子手帳番号	8	半角英数字等（本市発行のものは、数字8桁） （英数、記号）	判読できない場合は @と入力。
3	受診年月日	7	半角英数字（元号:1桁+年:2桁+月:2桁+日:2桁）	判読できない場合は S010101と入力。
4	生年月日	7	【例】S510203、H011231等	@入力不可
5	補助券金額		半角数字（プルダウンから選択） （4700、7000、12000のみ）	4700、7000、12000以外の場合、 検査でエラーとなります。 @入力不可

ア 注意事項

3受診年月日、4生年月日、5補助券金額以外の項目について、補助券に記載してある文字の判読ができない場合は「@」又は「@」を入力する。

イ エラーについて

次の場合は、全項目に共通して検査でエラーとなる。

(ア) 未入力の項目がある場合

(イ) 半角又は全角等の、指定された文字以外が入力されている場合

(ウ) 指定された文字数を越えた場合

ウ 西暦で記載されている場合には、和暦に変換し入力する。

エ 和暦で記載された日付の元号（令和、平成、昭和、R、H、S等）が抜けている場合

（ア）生年月日において年数が1～31の場合、元号はHとし、年月日を入力する。

（イ）生年月日において年数が32～64の場合、元号はSとし、年月日を入力する。

（ウ）受診年月日において年数が21～31の場合、元号はHとし、年月日を入力する。

（エ）受診年月日において年数が1～20の場合、元号はRとし、年月日を入力する。

（3）補助券の整理

入力の済んだ補助券を整理番号順に500枚ごとの束とし、次のとおり整理する。

なお、箱には、委託者が付番し、受託者に引き渡す。

（ア）50枚毎に付箋（75mm×14mm）を貼付する。（例）51枚目、101枚目、151枚目・・・

※付箋は、受託者が負担する。

（イ）昇順（001が最上、500が最下）に500枚を重ね、1束として輪ゴムで十字に括る。

（ウ）1束（500枚）ごとに束番号を付番し、箱番号及び束番号（箱番号1桁+束番号2桁）を記載した付箋（75mm×75mm）を貼付する。（例）1箱目の1束目の場合は、「101」

※輪ゴム及び付箋は、受託者が負担する。

（エ）原則として1箱に10束を格納し、束番号順に箱に保管する。

4 数量

作業対象となる補助券の枚数は、概ね330,000枚とする。

（内訳）1か月あたりの数量約25,000枚～28,000枚（12ヶ月分）

5 作業計画

下の表を目安として、毎月1日前後に補助券を引き渡し、1か月分を概ね3週間で処理するものとする。ただし、詳細の日程については、委託者及び受託者の協議により決定する。

月	引き渡す補助券	引き渡し時期	納品するデータ及び補助券	納品時期 (入力済みデータ及び補助券)
4	1月分	4月1日		
	2月分	4月30日	1月分	4月30日
6	3月分	6月1日	2月分	6月1日
7	4月分	7月1日	3月分	7月1日
8	5月分	8月2日	4月分	8月2日
9	6月分	9月1日	5月分	9月1日
10	7月分	10月1日	6月分	10月1日
11	8月分	11月1日	7月分	11月1日
12	9月分	12月1日	8月分	12月1日
1	10月分	1月4日	9月分	1月4日
2	11月分	2月1日	10月分	1月26日
3	12月分	3月1日	11月分	3月1日
	—	—	12月分	3月28日

6 納期及び納品方法

1か月分ごとに作業完了後、速やかに納品することとし、詳細の日程については、委託者及び受託者の協議により決定する。ただし、最終納期限は、令和4年3月31日とする。

また、納品方法は、次のとおりとする。

(1) エクセルデータ

CD-Rにて納品する。

※委託者が、入力件数に相違がないか検査し、納品することとする。

※CD-Rは、委託者が用意する。

(2) 補助券

搬出時に使用した箱に格納し、密閉した状態で納品する。

7 情報の管理

受託者は、委託契約約款及び電子計算機処理等の契約に関する情報取扱特記事項に定める事項を遵守するとともに、次の事項について遵守すること。

(1) 補助券及び成果品の運搬時及び作業中は、必ず受託者が立ち会うこと。

(2) 作業室への入退室は、IDカード等により管理すること。

(3) 成果品は、納品日まで施錠可能な場所で厳重に保管すること。

8 受託者の責務

(1) 受託者は、業務を遅滞なく開始できるよう、環境及び体制を整備すること。

(2) 受託者は、事故等の防止に十分に注意すること。万が一、事故が発生した場合は、直ちに委託者に報告し、委託者の指示に従うこと。

(3) 受託者は、業務実施にあたって、管理者を置き、業務に必要な人員を受託者の責任において配置すること。管理者には、作業従事者等に対して適正な指導をできる者を当てること。

作業従事者は、管理者の指揮監督下において業務を行うこと。また、業務を履行するのに十分な能力を有すること。

(4) 受託者は、管理者及び作業従事者が業務を履行するために必要な知識を習得するための教育及び研修等について、自らの責任で行うものとし、その経費は受託者が負担すること。

9 その他

(1) 受託者は、業務の実施にあたり、本仕様書に記載のない事項又は疑義が発生した場合は、速やかに委託者と協議を行い、問題の解決を図ること。また、本仕様書に記載のない事項であっても、当然必要と認められる事項については、委託者の指示により、受託者の負担においてこれを処理すること。

(2) 補助券及び成果品の運搬は、受託者の責任で行うものとし、その経費は受託者が負担すること。

(3) 作業従事者の責により委託者が被った損害は、受託者がその責任を負うこと。

10 適用文書

受託者は、業務を履行するにあたり、次に掲げる文書に定める事項を遵守しなければならない。

- (1) 委託契約約款
- (2) 電子計算機処理等の契約に関する情報取扱特記事項
- (3) 個人情報取扱特記事項

11 添付資料

- (1) 補助券見本
- (2) 補助券入力シート（様式）

第1号様式

妊婦健康診査費用補助券①

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 中 区 港町 1 - 1 電話 045 (671) 3874		
氏名	横浜 花子	生年月日	昭和56年6月26日
母子健康 手帳番号	12501234	出産予定日	平成24年4月20日

補助券 4,700円

(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)

有効期限: 母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで

～ご利用上の注意～

- ※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関等ではご利用できません。
※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。
※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。
※市内の横浜市医師会所属の実施医療機関等、または市外の契約医療機関等で
受診できます。
※本券の払戻しや現金との引換はできません。
※紛失による再発行はいたしません。

実施医療機関記入欄

※今回の検査で実施した全ての項目にチェックをつけてください。

- 基本診察 B型肝炎検査 血液検査
尿検査 超音波検査 その他

実施年月日	
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名	

(請求用)

第1号様式

妊婦健康診査費用補助券①

※太枠内をご記入の上、委託医療機関にご提出ください。

住所	横浜市 区		
	電話 ()		
氏名		生年月日	
母子健康手帳番号		出産予定日	

補助券 4,700円

(健診費用総額から4,700円が差し引かれます。)

有効期限: 母子健康手帳を受け取った時点から出産前まで

～ご利用上の注意～

- ※健診費用総額が4,700円未満のときは医療機関等ではご利用できません。
- ※健診1回につき1枚ご利用できます。まとめてご利用できませんのでご注意ください。
- ※住民票を市外に移された方は、その日以降はご利用できません。
- ※市内の横浜市医師会所属の実施医療機関等、または市外の契約医療機関等で受診できます。
- ※本券の払戻しや現金との引換はできません。
- ※紛失による再発行はいたしません。

実施医療機関記入欄

※今回の検査で実施した全ての項目にチェックをつけてください。

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 基本診察 | <input type="checkbox"/> B型肝炎検査 | <input type="checkbox"/> 血液検査 |
| <input type="checkbox"/> 尿検査 | <input type="checkbox"/> 超音波検査 | <input type="checkbox"/> その他 |

実施年月日	
医療機関の名称 所在地・医師の 氏名	

(請求用)

