

見積書提出留意事項（総価）

見積書を提出する際には、下記の項目について遵守して頂きますようお願いいたします。

○見積書の様式

日本年金機構ホームページに掲載される見積書の様式を使用してください。

※掲載場所：日本年金機構ホームページ＞調達情報＞全国の調達情報＞見積依頼のお知らせ
＞「見積書提出方法の変更について」

記入欄は全て記入し、記入漏れがないようにしてください。

自社の様式を使用した場合は有効な見積書となりませんのでご注意ください。

（こちらから再提出依頼の連絡をおこないます。）

○見積額

計算した結果、1円未満の端数は切り捨ててください。（消費税額も含む。）

見積額は消費税込（税率10%）の金額をご記入ください。（うち消費税の金額は必ず明記してください。）

○見積書の宛先

「日本年金機構 理事長代理人 厚生年金保険部長」宛にしてください。（見積公告別紙宛先参照）

○見積書の提出方法

ファクシミリによる提出とします。

なお、郵送、信書便、電報、電話その他による提出は認めません。

・見積書をご提出いただく際に、見積書等に必要記入事項が記入されていることを確認の上、ファクシミリ番号03-6892-0771あてに、送信願います。

※番号誤りが多くなっております。「0（ゼロ）」発信のファクシミリ機でお送りいただく場合は、0（ゼロ）を押してからファクシミリ番号を押していただくようお願いします。

（「0（ゼロ）」を押し忘れますと、別の番号に送信される恐れがあります。）

○用紙供給証明書

見積書とあわせて「用紙供給証明書」を提出してください。

○注意事項

- ・天災地変等やむをえない理由による場合を除き、決定後の辞退は認められません。決定後に辞退した場合、同じ決定日の調達案件について、すべて辞退申出したこととみなします。また、原則として後日、当機構から競争参加資格停止等の処分が行われます。
- ・辞退が原因で当機構に損害が発生した場合は、損害賠償を請求することがあります。

○見積書提出期限 令和8年3月17日（火）午前11時まで（必着）

見積書の提出期限時点で未着の場合、その責任は見積者に属するものとし、期限内の提出がなかったものとみなします。

○決定日 令和8年3月23日（月）午後

結果は、選定した事業者に対してのみ、原則ファクシミリにて連絡します。

また、日本年金機構ホームページ及び本部掲示板にて結果を掲示しますのでご確認ください。

○見積書及び積算内訳書の郵送（契約事業者のみ）

契約事業者は、契約締結から1週間以内に見積書と積算内訳書の原本を調達管理部契約グループに郵送してください。

積算内訳書は、任意の様式により見積金額の内訳が分かるものとしてください。

（納品物ごとの金額や諸経費の金額等がわかるもの）

○照会先

見積書提出に関すること：調達管理部契約グループ 榎本・田村（TEL：03-6892-0722）

仕様書の内容に関すること：仕様書に記載の所管部署

令和 年 月 日

用紙供給証明書

日本年金機構本部 調達管理部長 殿

下記のとおり、当該業務の仕様に適合した用紙の供給については、必要な数量を速やかに供給する旨、用紙供給業者より了承を得ていることを証明いたします。

記

(案件名) 帳票「保険料調整通知書」外3件の作成

(グリーン購入法への適合) 適合する 適合しない (代替用紙使用の理由を記載)

(代替用紙使用の理由) _____

(用紙の紙質) _____

(用紙の名称) _____

所在地

法人名又は商号

代表者名

印

※グリーン購入法への適合について、いずれかを選択すること。
また、適合しない場合は、代替用紙使用の理由を記載すること。

仕 様 書

| | |
|---------|---|
| 帳 票 名 | 帳票「保険料調整通知書」 |
| 紙 質 | 上質紙 A判 35kg ※グリーン購入法に適合するものであること（入手が困難な場合は除く）。 |
| 用 紙 地 色 | 白色 |
| 刷 色 | 片面刷：2色（墨、赤） |
| サ イ ズ | A4（縦297mm×横210mm） |
| 製 本 | なし |
| 梱 包 | 100枚ごとにクラフト紙で梱包すること。 ※梱包した表面に印刷物の名称、数量、製造年月及び製造業者名を印刷（記載）するか、シールを貼付して表示すること。 ※使用する梱包資材については、グリーン購入法に適合するものであること（生産されていない場合は除く）。 |
| 数 量 | 182,600枚（1,826包） |
| 納 期 | 令和8年8月3日 |
| 納 入 場 所 | 日本年金機構が指定する場所（首都圏1か所） |
| そ の 他 | <ul style="list-style-type: none"> ・印刷内容は、添付の見本を参照すること。なお、帳票等の右下隅に、機構が別途指定する11桁の管理番号を記載すること。 ・原稿訂正及び印字テスト等、日本年金機構が別途指示する場合を除き、レイアウト（フォント、罫線のサイズ及び改行位置等）は原稿のとおりとすること。 ・作成にあたって貸与する印影については、本品作成以外に使用又は利用することを禁止する。なお、納品後は、ただちに返却すること。 ・正式な原稿は、業者決定後5営業日以内に紙媒体及び電子媒体（PDF形式、ワード形式又はパワーポイント形式）で提供する。 ・校正原稿提出時に版下データを、テキストデータが識別可能なPDFファイルで、CDまたはDVDに収録し、下記担当に提出すること。データのファイル名は「帳票番号_帳票名称_〇〇版_YYYYMMDD」とする。アルファベットと数字は半角とする。 ・校了後、印字テストを行うため、下記担当者に試作品100枚/回を提出し、テスト合格した後に作成すること。なお、テストの実施には、1回あたり2週間程度要し、最大で2回のテストを予定している。1回目のテスト品提出は令和8年4月24日までに行うこととし、校正、テスト品のスケジュールは契約締結後、別途調整する。 ・原稿の著作権は、日本年金機構に帰属する。 ・金額の積算にあたっては、本仕様書の内容に係る全ての経費（校正原稿作成、試作品作成、納品費用等）を見込むこと。 ・納品時にサンプル品を下記担当に10枚提出すること。 ・仕様書等に関して疑義があり説明を求めようとする場合は、質問書（任意様式）を作成のうえ下記担当宛てに令和8年3月11日（水）16時までにFAXにより提出すること。なお、質問書の提出後は、電話にてFAXの到着確認を行うこと。質問書の回答は令和8年3月13日（金）中に、日本年金機構のホームページに掲載する。 |
| 担 当 | 〒168-8505 東京都杉並区高井戸西3丁目5番24号 日本年金機構 厚生年金保険部 厚生年金保険業務G 電話番号：03-5344-1100（内線：3333） FAX：03-6892-0758 担当者：岡田・木村 |

年 月 日

様

歳入徴収官

厚生労働省年金局事業管理課長

印

保険料調整通知書

社会経済の変化を踏まえた年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する等の法律（令和7年法律第74号）の規定により、下記のとおり保険料調整を実施しました。この金額は、の保険料に充当することとしたので通知します。

記

保険料調整額の内訳

健康保険料 厚生年金保険料

保険料調整額

教示文（略）

事業所整理記号 事業所番号
(整理コード) (整理番号)

仕 様 書

| | |
|---------|---|
| 帳 票 名 | 帳票「保険料調整不該当通知書」 |
| 紙 質 | 上質紙 A判 35kg ※グリーン購入法に適合するものであること（入手が困難な場合は除く）。 |
| 用 紙 地 色 | 白色 |
| 刷 色 | 片面刷：2色（墨、赤） |
| サ イ ズ | A4（縦297mm×横210mm） |
| 製 本 | なし |
| 梱 包 | 100枚ごとにクラフト紙で梱包すること。 ※梱包した表面に印刷物の名称、数量、製造年月及び製造業者名を印刷（記載）するか、シールを貼付して表示すること。 ※使用する梱包資材については、グリーン購入法に適合するものであること（生産されていない場合は除く）。 |
| 数 量 | 32,000枚（320包） |
| 納 期 | 令和8年8月3日 |
| 納 入 場 所 | 日本年金機構が指定する場所（首都圏1か所） |
| そ の 他 | <ul style="list-style-type: none"> ・印刷内容は、添付の見本を参照すること。なお、帳票等の右下隅に、機構が別途指定する11桁の管理番号を記載すること。 ・原稿訂正及び印字テスト等、日本年金機構が別途指示する場合を除き、レイアウト（フォント、罫線のサイズ及び改行位置等）は原稿のとおりとすること。 ・作成にあたって貸与する印影については、本品作成以外に使用又は利用することを禁止する。なお、納品後は、ただちに返却すること。 ・正式な原稿は、業者決定後5営業日以内に紙媒体及び電子媒体（PDF形式、ワード形式又はパワーポイント形式）で提供する。 ・校正原稿提出時に版下データを、テキストデータが識別可能なPDFファイルで、CDまたはDVDに収録し、下記担当に提出すること。データのファイル名は「帳票番号_帳票名称_〇〇版_YYYYMMDD」とする。アルファベットと数字は半角とする。 ・校了後、印字テストを行うため、下記担当者に試作品100枚/回を提出し、テスト合格した後に作成すること。なお、テストの実施には、1回あたり2週間程度要し、最大で2回のテストを予定している。1回目のテスト品提出は令和8年4月24日までに行うこととし、校正、テスト品のスケジュールは契約締結後、別途調整する。 ・原稿の著作権は、日本年金機構に帰属する。 ・金額の積算にあたっては、本仕様書の内容に係る全ての経費（校正原稿作成、試作品作成、納品費用等）を見込むこと。 ・納品時にサンプル品を下記担当に10枚提出すること。 ・仕様書等に関して疑義があり説明を求めようとする場合は、質問書（任意様式）を作成のうえ下記担当宛てに令和8年3月11日（水）16時までにFAXにより提出すること。なお、質問書の提出後は、電話にてFAXの到着確認を行うこと。質問書の回答は令和8年3月13日（金）中に、日本年金機構のホームページに掲載する。 |
| 担 当 | 〒168-8505 東京都杉並区高井戸西3丁目5番24号 日本年金機構 厚生年金保険部 厚生年金保険業務G 電話番号：03-5344-1100（内線：3333） FAX：03-6892-0758 担当者：岡田・木村 |

年 月 日

様

歳入徴収官

厚生労働省年金局事業管理課長



保険料調整不該当通知書

社会経済の変化を踏まえた年金制度の機能強化のための国民年金法等の一部を改正する等の法律（令和7年法律第74号）の規定により、

の保険料調整については下記のとおり不該当となりましたので、お知らせします。

保険料調整不該当とする理由

の保険料について、指定期限までの納付が確認できなかったため

教示文（略）

事業所整理記号 事業所番号
(整理コード) (整理番号)

仕 様 書

| | |
|---------|---|
| 帳 票 名 | 帳票「保険料調整金還付通知書」 |
| 紙 質 | 上質紙 A判 35kg ※グリーン購入法に適合するものであること（入手が困難な場合は除く）。 |
| 用 紙 地 色 | 白色 |
| 刷 色 | 片面刷：2色（墨、赤） |
| サ イ ズ | A4（縦297mm×横210mm） |
| 製 本 | なし |
| 梱 包 | 100枚ごとにクラフト紙で梱包すること。 ※梱包した表面に印刷物の名称、数量、製造年月及び製造業者名を印刷（記載）するか、シールを貼付して表示すること。 ※使用する梱包資材については、グリーン購入法に適合するものであること（生産されていない場合は除く）。 |
| 数 量 | 32,000枚（320包） |
| 納 期 | 令和8年8月3日 |
| 納 入 場 所 | 日本年金機構が指定する場所（首都圏1か所） |
| そ の 他 | <ul style="list-style-type: none"> ・印刷内容は、添付の見本を参照すること。なお、帳票等の右下隅に、機構が別途指定する11桁の管理番号を記載すること。 ・原稿訂正及び印字テスト等、日本年金機構が別途指示する場合を除き、レイアウト（フォント、罫線のサイズ及び改行位置等）は原稿のとおりとすること。 ・作成にあたって貸与する印影については、本品作成以外に使用又は利用することを禁止する。なお、納品後は、ただちに返却すること。 ・正式な原稿は、業者決定後5営業日以内に紙媒体及び電子媒体（PDF形式、ワード形式又はパワーポイント形式）で提供する。 ・校正原稿提出時に版下データを、テキストデータが識別可能なPDFファイルで、CDまたはDVDに収録し、下記担当に提出すること。データのファイル名は「帳票番号_帳票名称_〇〇版_YYYYMMDD」とする。アルファベットと数字は半角とする。 ・校了後、印字テストを行うため、下記担当者に試作品100枚/回を提出し、テスト合格した後に作成すること。なお、テストの実施には、1回あたり2週間程度要し、最大で2回のテストを予定している。1回目のテスト品提出は令和8年4月24日までに行うこととし、校正、テスト品のスケジュールは契約締結後、別途調整する。 ・原稿の著作権は、日本年金機構に帰属する。 ・金額の積算にあたっては、本仕様書の内容に係る全ての経費（校正原稿作成、試作品作成、納品費用等）を見込むこと。 ・納品時にサンプル品を下記担当に10枚提出すること。 ・仕様書等に関して疑義があり説明を求めようとする場合は、質問書（任意様式）を作成のうえ下記担当宛てに令和8年3月11日（水）16時までにFAXにより提出すること。なお、質問書の提出後は、電話にてFAXの到着確認を行うこと。質問書の回答は令和8年3月13日（金）中に、日本年金機構のホームページに掲載する。 |
| 担 当 | 〒168-8505 東京都杉並区高井戸西3丁目5番24号 日本年金機構 厚生年金保険部 厚生年金保険業務G 電話番号：03-5344-1100（内線：3333） FAX：03-6892-0758 担当者：岡田・木村 |

年 月 日

様

歳入徴収官

厚生労働省年金局事業管理課



保 険 料 調 整 金 還 付 通 知 書

保険料調整金について、下記の理由により還付します。
保険料等について、口座振替により納付されている場合は、当該口座に還付しますので請求書の提出は不要です。
また、口座振替以外で納付されている場合は、別紙請求書により請求してください。

記

(理由)

保険料に充当できなかったため

還付金額)

事業所整理記号 事業所番号
(整理コード) (整理番号)

仕 様 書

| | |
|---------|---|
| 帳 票 名 | 帳票「保険料調整金還付請求書」 |
| 紙 質 | 上質紙 四六判 70kg ※グリーン購入法に適合するものであること（入手が困難な場合は除く）。 |
| 用 紙 地 色 | 白色 |
| 刷 色 | 両面刷：表2色（墨、赤） 裏2色（墨、赤） |
| サ イ ズ | A4（縦297mm×横210mm） |
| 製 本 | なし |
| 梱 包 | 100枚ごとにクラフト紙で梱包すること。 ※梱包した表面に印刷物の名称、数量、製造年月及び製造業者名を印刷（記載）するか、シールを貼付して表示すること。 ※使用する梱包資材については、グリーン購入法に適合するものであること（生産されていない場合は除く）。 |
| 数 量 | 64,000枚（640包） |
| 納 期 | 令和8年8月3日 |
| 納 入 場 所 | 日本年金機構が指定する場所（首都圏1か所） |
| そ の 他 | <ul style="list-style-type: none"> ・印刷内容は、添付の見本を参照すること。なお、帳票等の右下隅に、機構が別途指定する11桁の管理番号を記載すること。 ・原稿訂正及び印字テスト等、日本年金機構が別途指示する場合を除き、レイアウト（フォント、罫線のサイズ及び改行位置等）は原稿のとおりとすること。 ・作成にあたって貸与する印影については、本品作成以外に使用又は利用することを禁止する。なお、納品後は、ただちに返却すること。 ・正式な原稿は、業者決定後5営業日以内に紙媒体及び電子媒体（PDF形式、ワード形式又はパワーポイント形式）で提供する。 ・校正原稿提出時に版下データを、テキストデータが識別可能なPDFファイルで、CDまたはDVDに収録し、下記担当に提出すること。データのファイル名は「帳票番号_帳票名称_〇〇版_YYYYMMDD」とする。アルファベットと数字は半角とする。 ・校了後、印字テストを行うため、下記担当者に試作品100枚/回を提出し、テスト合格した後に作成すること。なお、テストの実施には、1回あたり2週間程度要し、最大で2回のテストを予定している。1回目のテスト品提出は令和8年4月24日までに行うこととし、校正、テスト品のスケジュールは契約締結後、別途調整する。 ・原稿の著作権は、日本年金機構に帰属する。 ・金額の積算にあたっては、本仕様書の内容に係る全ての経費（校正原稿作成、試作品作成、納品費用等）を見込むこと。 ・納品時にサンプル品を下記担当に10枚提出すること。 ・仕様書等に関して疑義があり説明を求めようとする場合は、質問書（任意様式）を作成のうえ下記担当宛てに令和8年3月11日（水）16時までにFAXにより提出すること。なお、質問書の提出後は、電話にてFAXの到着確認を行うこと。質問書の回答は令和8年3月13日（金）中に、日本年金機構のホームページに掲載する。 |
| 担 当 | 〒168-8505 東京都杉並区高井戸西3丁目5番24号 日本年金機構 厚生年金保険部 厚生年金保険業務G 電話番号：03-5344-1100（内線：3333） FAX：03-6892-0758 担当者：岡田・木村 |

注意事項

1. 受取方法

原則として、預貯金口座への振込となりますので、振込を希望する金融機関の名称、預貯金口座の種別、口座番号（ゆうちょ銀行の場合は、通帳記号・番号）及び口座名義人を正確に記入してください。

※ 金融機関によっては、預貯金口座への振込ができない場合がありますので、ご不明なときは、振込を希望する金融機関へお尋ねください。

請求者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要となります。

（委任状は任意の様式です。）

2. 提出方法

管轄の年金事務所へ持参又は郵送してください。

3. 請求権の時効

調整金の還付を請求できる権利は、「調整金還付生年月日」の翌日から起算して2年間です。

※ 2年を超えると請求することができなくなりますので、ご注意ください。

| 事業所整理記号 (整理コード) | | 事業所番号 (整理記号) | | | | | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|---|-----------------------|---------|----------------------------|------|----------------------------------|--------|-----------------------|------|--------------------|
| 保険料調整金還付請求書 | | | | | | | | | | | |
| 還付請求金額 | | 円 | | | | | | | | | |
| この日の翌日から2年以内に請求してください。 | | 該当する項目を○で囲んでください。 | | | | | | | | | |
| 但し、 | | 調整金 | | | | | | | | | |
| 内 訳 | 年度 | 納付目的年月 | 調整金還付生年月日 | | | | | | | | |
| | 年度 | 年 月 分 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| | 年度 | 年 月 分 | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 受取機関 | 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く) | 〇〇 | △△ | | | | | | | | |
| | ゆうちょ銀行 | 預金種別 普通(普通) | 口座番号 (右詰で記入してください) | | | | | | | | |
| 通帳記号・番号 | | 通帳番号(右詰で記入してください) | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | フリガナ カブシキカイシャ 〇〇〇〇 ダイヒョウトリシマリヤク 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | |
| | | 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | |
| 上記の調整金について還付を請求します。 | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 官署支出官 厚生労働省年金局事業企画課長 あて | | <table border="1"> <tr> <td>所在地(住所)</td> <td>〒(100-9999) 東京都 〇〇区△△1-1-1</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>カブシキカイシャ 〇〇〇〇 ダイヒョウトリシマリヤク 〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td>氏名(名称)</td> <td>株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>(03) 9999 - 9999</td> </tr> </table> | | 所在地(住所) | 〒(100-9999) 東京都 〇〇区△△1-1-1 | フリガナ | カブシキカイシャ 〇〇〇〇 ダイヒョウトリシマリヤク 〇〇 〇〇 | 氏名(名称) | 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇 | 電話番号 | (03) 9999 - 9999 |
| 所在地(住所) | 〒(100-9999) 東京都 〇〇区△△1-1-1 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | カブシキカイシャ 〇〇〇〇 ダイヒョウトリシマリヤク 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | | |
| 氏名(名称) | 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | (03) 9999 - 9999 | | | | | | | | | | |
| 上記の調整金について還付を請求します。 | | | | | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 官署支出官 厚生労働省年金局事業企画課長 あて | | <table border="1"> <tr> <td>所在地(住所)</td> <td>〒(100-9999) 東京都〇〇区△△2-2-2</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td>氏名(名称)</td> <td>〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>(03) 8888 - 8888</td> </tr> </table> | | 所在地(住所) | 〒(100-9999) 東京都〇〇区△△2-2-2 | フリガナ | 〇〇 〇〇 | 氏名(名称) | 〇〇 〇〇 | 電話番号 | (03) 8888 - 8888 |
| 所在地(住所) | 〒(100-9999) 東京都〇〇区△△2-2-2 | | | | | | | | | | |
| フリガナ | 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | | |
| 氏名(名称) | 〇〇 〇〇 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | (03) 8888 - 8888 | | | | | | | | | | |

記入例

保険料調整用