

介護保険システム等標準化検討会
第2回資格受給者認定WT
令和3年10月15日【資料3】

当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト
及び帳票詳細要件の対応案となります。

〇〇市（町村）長 印

要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ

被保険者番号											フリガナ	
											被保険者氏名	
要介護状態区分												
認定の有効期間	年	月	日	から	年	月	日	まで				
申請可能な期間	年	月	日	から	年	月	日	まで				
申請受付場所												
必要なもの												

・現在、介護サービスを利用している方が更新をされない場合（有効期間を過ぎた場合）には、これまでのサービスを受けられなくなりますので、ご注意ください。

引き続きご利用される場合は、更新の手続きが必要となりますので、お早めの申請をお願いいたします。（認定結果が出るまでに３０日程度を要しますので、できるだけ有効期間終了の３０日前までには申請を済ませてください。）

・なお、申請は本人や家族等のほか、地域包括支援センターや介護保険施設又は居宅介護支援事業者による提出の代行もできます。サービスを利用している方等につきましては、担当ケアマネジャー等とご相談の上、手続きを行ってください。

・介護サービスを利用する予定がない方、介護サービスを利用していない方は、今回の更新の申請手続は必要ありません。なお、介護サービスが必要になったときは、改めて申請することができます。

・本通知と行き違いに申請済みの場合には、ご容赦ください。

06. 受給者管理		帳票名称		01 要介護認定・要支援認定の更新のお知らせ
通番	システム印字項目	実装項目		
		必須	オプション	不可
1	宛名	●		
2	文書番号	●		
3	発行年月日	●		
4	保険者の名称	●		
5	保険者の印	●		
6	概要タイトル	●		
7	被保険者番号	●		
8	フリガナ	●	●	
9	被保険者氏名	●		
10	要介護状態区分	●		
11	認定の有効期間（開始日）	●		
12	認定の有効期間（終了日）	●		
13	申請可能な期間（開始日）		●	
14	申請可能な期間（終了日）		●	
15	申請受付場所		●	
16	必要なもの	●		
17	問合せ先	●		
18	担当部署住所			
19	担当部署電話番号			
20	担当部署FAX番号			
21	担当部署メール			

(No.1の対応①)
「案内文」を実装必須で追加する。「印字編集条件など」に「文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。」と記載する。
なお、システム印字項目にて申請日等の日付等を定めている場合は、文章中に付加できるように記載する。
(対応案のNo.4と同様の考え)

(No.1の対応②・③、No.2の対応)
「お持ちいただくもの」、「備考」、「その他の案内文」等を
実装必須で追加する。
「印字編集条件など」には以下を記載する。
文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設
定された文言を印字する。

(No.1の対応②)
文言マスタから取得し、印字する領域

文言マスタで管理する文言は、以下の内容を管理できることとする。
※機能・帳票要件(1.介護保険共通)に文言マスタの管理を追加する。

- ・複数行(改行付き)を管理できること
- ・先頭文字に全角空白文字を設定できるなど、インデントに対応できること
- ・半角文字、英数、記号など、一般的な通知書における文言に対応できること

※文字の強調(ボールド、アンダーライン、文字サイズ等)は対象外とする

1 / 6 ページ

認定申請日にあなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請について、介護認定審査会において次のとおり審査判定されましたので、認定し通知します。

被保険者番号										被保険者氏名	
認定年月日										認定結果	
認定理由											
介護認定審査会の 意見・サービスの 種類の指定											
認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで										

- ・従前の被保険者証をお持ちの方は下記お問合せ先に提出してください。
ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。
- ② 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により状態区分の変更をする場合があります。
また、認定変更の申請をすることもできます。
- ③ 認定の有効期間の満了後においても要介護・要支援状態に該当すると見込まれるときは、
認定の有効期間の満了の日から6日前から認定の更新の申請をすることができます。
- ④ サービスの種類の指定を受けた場合は、状態の変化等により種類の変更の申請をすることができます。
- ⑤ 介護認定審査会の意見として、サービスの適切かつ有効な利用等に関する留意事項がある場合には、
被保険者証に記載してあります。

●●市介護保険課
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-4567
メール xxxxxxxxxxxx@vvyv.zzz.aaa

文言マスタから取得し、
印字する領域

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、**都道府県名** 介護保険審査会（**都道府県郵便番号** **都道府県住所** 電話：**都道府県電話番号**）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**市町村名1**を被告として（訴訟において**市町村名2**を代表する者は**市町村長**となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

通番	07. 認定管理	08. 申請書	09. 申請書名称	10. 介護保険 要介護認定・要支援認定・要介護認定等結果通知書
通番	システム印字項目		実装項目 必須 オプション 不可	印字編集条件など
1	宛名	●		共通の「宛名印刷」の窓書き宛名の印字と同じ
2	文書番号	●		マスタ管理している文書番号を設定
3	発行年月日	●		和暦表記
4	保険者の名称	●		保険者名十首長名 なお、保険者名と首長名の間に必要に応じて改行やスペースを入れること パラメタなどにより初期設定が行えること
5	保険者の印	●		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	帳票タイトル	●		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	認定申請日	●		冒頭の文書内の項目、和暦表記
8	被保険者番号	●		
9	被保険者氏名	●		
10	認定年月日			
11	認定結果			
12	認定理由			
13	介護認定審査会の意見・サービスの種			
14	認定の有効期間（開始日）			
15	認定の有効期間（終了日）			
16	問合せ先	担当部署名		
17		担当部署住所		
18		担当部署電話番号	●	
19		担当部署FAX番号	●	
20		担当部署メール	●	
21	不服の中立て及び取消訴訟	保険者名	●	マスタ管理している不不服申立先情報を設定 教示文内の項目 (例: ●●市を被告として (●●市長が被告の代表者となります) …) なお、括弧内の「●●市長」を「市長」のみとすることも可
22		都道府県名	●	マスタ管理している不不服申立先情報を設定
23		都道府県郵便番号	●	マスタ管理している不不服申立先情報を設定
24		都道府県住所	●	マスタ管理している不不服申立先情報を設定
25		都道府県県庁所在地	●	マスタ管理している不不服申立先情報を設定

「全文」を実装必須で追加する。「印字編集条件など」に以下を記載する。
 文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。この場合は、通番21から25は印字はしない。
 ※文言マスタで、印字有無が「有」となっていない場合は、通番21から25に従う。

○現状の仕様

ただし、保険者名や都道府県名や都道府県住所等はシステムから印字する。

○変更後の仕様

以下の2つから選択可能とする。

①現状の仕様

②教示文の全文を文言マスタで設定し、文言マスタから印字する

※保険者名や都道府県名や都道府県住所等も含めて文言マスタで設定する

2021/10/1 ベンダ意見

- ・②のみでよい。
 - ・選択可能とはせずに「①現状の仕様」については削除していただきたい。
 - ・①と②のどちらか一方にしてほしい(ペンダが選択できるでもよい)。
- ⇒②のみに変更する。

当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト
及び帳票詳細要件の対応案となります。

第 年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険被保険者証発行のお知らせ

下記のとおり、あなたの被保険者証を発行しましたので、お知らせいたします。

被保険者番号

被保険者氏名

帳票詳細要件の「印字編集
条件など」に従い印字する

同封されています被保険者証の内容をご確認ください。

(補足説明文)

当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト
及び帳票詳細要件の対応案となります。

介護保険料納付証明書

被保険者番号

納付義務者氏名

納付義務者住所

あなたが 年 内に支払った介護保険料は以下のとおりです。

納付済保険料額

円

内訳

普通徴収分

特別徴収分

(参考)

納付見込保険料額

円

保険料額合計

円

備考

帳票詳細要件の「印字編集
条件など」に従い印字する

上記のとおり介護保険料を納付したことを証明します。

発行年月日

〇〇市（区町村）長 印

(お問合せ先)

帳票詳細要件 介護保険システム

業務		帳票名称			03 介護保険資格者証発行のお知らせ
通番		システム印字項目			印字編集条件など
		必須	オプション	不可	
1	宛名	●			共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
2	文書番号	●			マスタ管理している文書番号を設定
3	発行年月日	●			和暦表記
4	保険者の名称	●			保険者名+首長名 なお、保険者名と首長名の間に必要に応じて改行やスペースを入れること パラメタなどにより初期設定が行えること
5	保険者の印	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	帳票タイトル	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	被保険者氏名	●			マスタ管理している関係先情報を設定
8	被保険者番号	●			マスタ管理している関係先情報を設定
9	補足説明文		●		
10	問合せ先	●			マスタ管理している関係先情報を設定
11	住所	●			マスタ管理している関係先情報を設定

「印字編集条件など」に以下を記載する。
○文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。

○印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。

帳票詳細要件 介護保険システム

業務		帳票名称			08 介護保険料納付証明書
通番		システム印字項目			印字編集条件など
		必須	オプション	不可	
1	宛名	●			共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
2	証明書番号	●			
3	帳票タイトル	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	被保険者番号	●			
5	納付義務者氏名	●			
6	納付義務者住所	●			
7	納付した年				月 3 1 日までに支払った介護保険料は以下のと
8	納付済保険料額				料額の合計
9	内訳				料額の普通徴収分合計
10					料額の特別徴収分合計
11	参考				前に発行する場合に、該当年における今後の納
12	保険料額合計		●		を印字
13	備考	●			「納付した年」の 1 2 月 3 1 日以前に発行する場合に、納付済保険料額と納付見
14	発行年月日	●			込保険料額の合計を印字
15	保険者の名称	●			保険者名+首長名 なお、保険者名と首長名の間に必要に応じて改行やスペースを入れること パラメタなどにより初期設定が行えること ※首長名の代わりに、所管部署名の印字も可とする
16	保険者の印	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
17	問合せ先		●		マスタ管理している関係先情報を設定
18	担当部署住所		●		マスタ管理している関係先情報を設定
19	担当部署電話番号		●		郵便番号+全角スペース+住所
20	担当部署FAX番号		●		マスタ管理している関係先情報を設定
21	担当部署メール		●		マスタ管理している関係先情報を設定

「印字編集条件など」に以下を記載する。
○文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を
印字する。

○印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパ
ラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字
する。

申請書関係 ⇒ このまま 介護認定・要支援認定
更新申請認定・要支援更新認定 申請書

〇〇市（町村）長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名		性別	
住 所	〒 電話番号		
被保険者 の 前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入 有効期限 年 月 日から 年 月 日 転出元自治体(市町村)名 () ※14日以内に 他自治体か ら転入した 者のみ記入 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日 介護保険施設等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日 医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日 有 ・ 無 医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日		
提出代 行者	名称 該当() 介護認定支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護保険 住所 〒 電話番号		

主治医 主治医の
所 在 地

第二号被保険者（40歳）
医療保険者名
特定疾病名
介護サービス計画
認定にかかる調査内
ら地域包括支援セン
治療意見書を記載し

申請書・届出にある実装オプション項目はこのままとする。
【理由】
更新申請時に、前回認定時の内容に関する部分を印字するか否かは自治体により運用が分かれるため、”システムからの印字有無”を実装オプションとしているため。
申請書・届出の様式であるため、このままでよい。
※他の申請書や届出書も申請や届出時点でシステムにて管理している情報で印字することも踏まえ、現状のままでする。

実装オプションを実装必須に変更することが難しい場合の対応例となります。

通知書関係① ⇒ 備考欄や余白に寄せる

意空宛名

第 号
年 月 日

〇〇市（町村）長 印

介護保険料口座振替不能通知書

口座振替により支払っていただくことになっていましたあなたの介護保険料は、下記の理由により振替できませんでした。
同封の納付書で、取扱期限までに必ず納めてください。

被 保 険 者 番 号		被保険者氏名	
-------------	--	--------	--

1 振替不能の保険料額

賦 課 年 度	年度	調 定 年 度	年度
期 別	期分	金 額	円
通 知 書 番 号		納 期 限	
振替できなかった理由			

振替不能となった口座情報

金 融 機 関	
口 座 種 目	口 座 番 号
口 座 名 義 人	

2 督促及び延滞金
保険料をこのまま納付されないと、督促状が発送されるほか延滞金が徴収されます。
なお、延滞金は納期限の翌日から納付の日までの期間の日数に按じ、保険料額を基礎として

問合せ先管理にてFAX番号、メールに関する設定が無い場合は、「FAX番号」「メール」のタイトルも含めて印字しない、といった仕様を帳票詳細要件の「印字編集条件など」に明記する。

●●市介護保険
住 所 123-4567 市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX 番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yy.zzz.ooo

対応例

1 振替不能の保険料額

賦 課 年 度	年度	調 定 年 度	年度
期 別	期分	金 額	円
振替できなかった理由			
備 考			

実装オプション項目から、
実装必須項目に変更する。

○帳票レイアウトの修正
実装オプション項目の枠を削除し、予備欄(備考欄)を追加する
(又は余白を設ける)。

○帳票詳細要件の「印字編集条件など」への追記
印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。

例)通知書番号、納期限を印字する場合
印字項目:通知書番号、納期限
印字有無:有
前付加文言:「通知書番号:」、「納期限:」
後付加文言:(空白)
⇒備考欄への印字は、下図のようになる。

備 考	通知書番号 : 第1234567号 納期限 : 令和4年3月31日
-----	--------------------------------------

通知書関係② ⇒ 表形式の枠のみとする

(2号被保険者用)
第 号
年 月 日

患者姓名

〇〇市（町村）長 印

介護保険給付の支払一時差止等処分通知書

[illegible]

年 月 日付 第 号で、「介護保険給付の支払一時停止等予告通知書」を送付しましたが、いまだに下記の医療保険等が滞納となっておりますので、介護保険法第8条第1項の規定に基づき、年 月 日以降においてが利用する介護サービスについて、(保険給付の支払方法変更(償還払い)に)及び保険給付の支払の一時停止の措置をとることに決定いたしましたので、通知します。

なお、保険給付停止の記載を行いますので、下記の期日までに被保険者証を提出してください。

提出先	〇〇市(町村)介護保険課
提出期限	年 月 日

なお、この通知により、保険給付の支払方法変更（償還払い化）及び保険給付の支払の一時差止が行われた場合でも、災害その他特別な事情があると認められる場合にはこの措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は速やかに被保険者証を添えて、〇〇市（町・村）介護保険課に申し出てください。

[illegible]

※上記は 年 月 日現在の滞納額です。

行き違いに納入された場合には、速やかに申し出てください。

(お聞合せ先)

●●市介護保険料

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、**都道府県名** 介護保険審査会（**都道府県郵便番号** **都道府県住所** 電話：**都道府県電話番号**）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、審査請求することができなくなります。）

この処分取消しを求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町 村名1 を被告として（訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）提起することができます。

ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- 3 その他裁決を遅延しないことにつき正当な理由があるとき。

2021/10/1 自治体意見

表の項目がすべてではなく、一部のみの印字とした場合、列の枠自体は残るのか、それとも4列が3列になるように列数も減るのか。

また、後者の場合、表の内側に設定する枠線はどうなるのか。調整され最適化された場合はレイアウト変更にあたらないのか。

2021/10/1ベンダ意見

表形式の対応について、表内側の罫線(枠)や表内の印字項目のタイトルは、固定としていただきたい。

例えば、市町村が印字項目を印字しないと選択した場合は、該当箇所には「-（ハイフン）」等で出力することとしていただきたい。

⇒対応例の対応方法と、1.0版のレイアウトで取消線と伏字(*)のサンプルを提示するので、どちらの対応方法がよいか確認する。

帳票詳細要件 介護保険システム

06. 実装概要管理		機能名称	37 介護保険給付の支払一時差止処分通知書
番号	システム印字項目	実装項目 必須 オプション 不可	印字機能条件など
1	院名	●	共通の「院名印刷」の宣言で宛名の印字と同じ
2	文量番号	●	マスタ管理している文量番号を指定
3	発行年月日	●	和暦表記
4	保険者の名称	●	保険者名十番番号 なお、保険者名と番番号の間に必要に応じて改行やスペースを入れること
5	保険者の印	●	パラメタなどにより初期設定が行えること
6	被保険者氏名	●	パラメタなどにより初期設定が行えること
7	被保険者番号	●	被保険者の被保険者番号
8	一時差止通知日	●	冒頭の文量内の項目、和暦表記
9	一時差止通知番号	●	冒頭の文量内の項目 市町村名十番目番番号
10	提出先	●	和暦表記
11	提出期限	●	和暦表記
12	特別事情の申出先	●	冒頭の文量内の項目、保険者名+担当番番号 パラメタなどにより初期設定が行えること
14	医療保険料等の滞納状況 ※滞りなくあり、必要年度分の医療保険料等の滞納状況を示印する	●	医療保険料の対象となる年度 和暦表記
15	滞り	●	保険料を徴収する年度 和暦表記
16	医療保険料滞納額	●	対象期別の数に応じて、1行目～N行目まで印字する
17	うち未納医療保険料等の額	●	対象期別の数に応じて、1行目～N行目まで印字する
18	計医療保険料等組合計	●	対象期別の数に応じて、1行目～N行目まで印字する
19	計うち未納医療保険料等の額	●	対象期別の数に応じて、1行目～N行目まで印字する
20	現在年月日	●	冒頭文量内の項目、和暦表記
22	問合せ先	●	マスタ管理している問合せ先情報欄を指定 市区町村名十番番号
23	担当部署名	●	マスタ管理している問合せ先情報欄を指定 部署番号+全部分部+マスタ住所
24	担当部署住所	●	マスタ管理している問合せ先情報欄を指定 市区町村名+番番号+支所番号+支所名称+支所住所
27	不届の 消除筋	●	

○実装オプション項目で表形式で出力するものについて、自治体により、当該情報をそもそも出力しない、出力するが項目は一部のみ、全項目（要件どおり）出力すると様々。

○該当部分は帳票の下部に移動し、余白と同様に枠のみを設け、出力する場合は表形式で内側の罫線(枠)も汎用的にシステムにて編集し出力するように定める。

対応例

なお、この通知により、保険給付の支払方法変更（償還払い化）及び保険給付の支払の一時差止が行われた場合でも、災害その他特別な事情があると認められる場合にはこの措置を中止することになりますので、該当すると思われる方は速やかに被保険者証を添えて、〇〇市（町村）介護保険課に申し出てください。

●●市介護保険課
住所 123-4567 ●●市●● 1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@vvyv.232.aaa

不服の申立て及び取消訴訟

この通知について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、都道府県名 介護保険審査会（都道府県郵便番号 都道府県住所 電話：都道府県電話番号）に対し審査請求をすることができます。（なお、通知を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求することができません。）

この処分取消を求める訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、**市町**
町名1を被告として（訴訟において、**市町町名2**を代表する者は**市町町長**となります。）提起することができます。

- ただし、次の1から3のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消し
できます。
- 1 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 2 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - 3 その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

[illegible]

※「年」は、年 月 日現在の滞納額です。行き違いに納入された場合には、速やかに申し出てください。

○現在、システム印字項目には表内の情報のみであるため、「表タイトル」「表補足」を追加する。

○帳票詳細要件の「印字編集条件など」への追記
印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。

例)

表タイトル: 医療保険料等の滞納状況
表内の印字項目: 賦課年度(3年度分)、期別、
医療保険料等額、うち未納医療保険料等の額、
計医療保険料等額合計、
計うち未納医療保険料等の額
表補足の印字: 現在年月日
表補足の前付加文言: ※上記
表補足の後付加文言: 現在の滞納額です。行き違いに
納入された場合には、速やかに申し出て下さい。

一覧帳票関係 ⇒ 備考欄に寄せる

年 月 日

未 納 明 細

住 所										
氏 名										
被保険者番号										

延滞金計算日：延滞金計算日

賦課年度	調定年度	期別	納期限	保険料	督促手数料	延滞金	法定納期限等	通知書番号

延滞金計算日：延滞金計算日

延滞金	通知書番号	備 考

○帳票レイアウトの修正

実装オプション項目の枠を削除し、備考欄を追加する。(すでに項目がある場合は枠を広げる。)

○帳票詳細要件の「印字編集条件など」への追記

印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。

例) 希望手帳様式を印字する場合

印字項目：法定納期限

印字有無：有

前付加文言：「納期限：」

後付加文言：(空白)

⇒備考欄への印字は、右図のようになる。

通知書番号	備 考
	納期限：令和4年3月31日