

印刷物仕様書

主管課・担当	(課名) 市民生活課 保険年金室 (担当者名) 古橋
担当連絡先	(電話) 0557-86-6258 (FAX) 0557-86-6277
品名	国民健康保険被保険者証
納品指定日時	令和2年6月1日(月) 午前中
納入場所	〒259-0142 神奈川県足柄上郡中井町久所84-1 株式会社 日立システムズ 湘南オフィス 東24 高橋様 あて (電話) 0465-81-3115 (FAX) 0465-81-3888
発注数量	(数量) 20,000部
サイズ	H4.5インチ×W10インチ カードサイズH54mm×W86mm
紙質	紀州紙 紙厚135kg
色	カード背景色：クリーム色
印刷面・色数	文字色：表 2色(黒・赤) 裏：1色(黒)
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ミシン目あり、連続帳票用紙、ノンインパクトプリンタ用 ・フォント：丸ゴシック ・偽造防止策として表面「記号番号」のマス線にマイクロ文字加工を施すこと ・＜表面＞ 潜像文字で「複写」をカード中央右に印字（コピーした際に鮮明にカード背景色（クリーム色）を調節すること） ・＜裏面＞ ボールペンで記入する必要があるためボールペン記入可能な紙でラミネート加工を施すこと
校正回数	1回
特記仕様等	<ul style="list-style-type: none"> ◎指定場所への送料も見積金額に含むこと。 ◎納品する際の箱の高さは30cm以内にしてください。 ◎見本を必ず担当課にて確認してください。