

高額介護合算療養費支給決定通知書等
印刷及び封入封緘業務委託
仕様書

千葉県後期高齢者医療広域連合

千葉県後期高齢者医療広域連合（以下「本広域連合」という。）が業務委託する「高額介護合算療養費支給決定通知書等印刷及び封入封緘業務」に係る仕様は以下のとおりとする。

1 業務名

高額介護合算療養費支給決定通知書等印刷及び封入封緘業務委託

2 業務概要及び目的

本業務は、本広域連合で取り扱う千葉県後期高齢者医療広域連合電算システム（以下「標準システム」という。）から出力されたデータを使用して、印刷・梱包等を行うことで、本広域連合及び各市区町村での作業効率及び利便性の向上を目的とする。

3 業務内容

- ・支給決定通知書、送付一覧及び封筒の作成
- ・作成した通知書の封入・封緘
- ・本広域連合が指定した順に梱包

4 納品先

千葉県後期高齢者医療広域連合

5 業務委託条件

- ・業務の履行に当たっては、関係法令等を十分に遵守しなければならない。
- ・業務の履行により知り得た秘密を一切第三者に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後も同様とする。
- ・本業務を実施するうえでは、本広域連合との緊密な連携のもとに検討を進めること。
- ・千葉県または県内市町村において入札参加適格者（資格者）名簿に掲載されていること。

6 履行期間

契約締結日の翌日から令和8年10月30日まで

7 業務完了

本業務終了後、本広域連合の指定した納入期限までに成果品を納品したうえで、業務完了報告書を提出すること。

8 業務仕様

(1) 印刷数量

発 送 月	見 込 通 数
令和8年6月発送分	約 18,000 通
令和8年7月発送分	約 28,000 通
令和8年8月発送分	約 14,000 通
令和8年9月発送分	約 3,500 通
令和8年10月発送分	約 1,500 通

※見込通数のうち11%を封緘不要分（8 業務仕様(5) イ・ウ該当分）として見込むこと。

(2) 印刷データ

ア 日本加除出版株式会社のK A J O _ J 入力システムV7.0に対応していること。（後期高齢者医療広域連合電算処理システム対応版を使用）

イ 本広域連合が別途提供する外字ファイルを使用すること。

ウ データレイアウトは、添付のシステム仕様書（帳票レイアウト・項目定義書）の「帳票名：高額介護合算療養費等支給決定通知書」のとおりとする。

エ ファイル名は以下のとおりとする。

支給決定通知書ファイル (正常分)	JKD40M0110501_KD40F062T.csv JKD40M0110501_KD40F142T.csv JKD40M0110501_KD40F681T.csv
支給決定通知書ファイル (未登録外字・桁あふれ)	JKD40M0110501_KD40F072T.csv JKD40M0110501_KD40F152T.csv JKD40M0110501_KD40F682T.csv

オ csvデータの文字コードはUTF-8とする。

カ 別途エクセルファイルで被保険者番号等を提供するものについて、重心分として取り扱い、正常分及び未登録外字・桁あふれ分とは別に取りまとめること。

キ 公印の印刷寸法は、印影提供時に指定する寸法とする。

(3) 送付一覧

ア 印刷データを基に作成する。くわしくは、「送付一覧レイアウト」のとおりとする。

イ 印刷仕様

- ・保険者番号ごとに取りまとめる。
- ・正常分及び未登録外字・桁あふれ分は文書番号順とする。
- ・重心分は被保険者番号順とする。

・未登録外字・桁あふれ分は備考欄に「※」を表示する。

(4) 支給決定通知書及び封筒

ア 支給決定通知書の出力順

・保険者番号ごとに取りまとめる。

① 正常分及び未登録外字・桁あふれ分は文書番号順とする。

② 重心分は被保険者番号順とする。

イ 用紙・封筒の仕様については以下のとおりとする。

品 名	仕 様
高額介護合算療養費等 支給決定通知書	A 4 (297 mm×210 mm)、上質紙、連量 55 kg程度、 表 1 色、片面印刷
窓付き封筒	<p>地紋ケント紙（中身が透けて見えないもの）・白 サイズ 縦 120 mm×横 235 mm 長 3 封筒・窓（グラシン紙）付 表 1 色・裏 1 色</p> <p>封筒に印刷する項目 （表面） ① 料金後納郵便印 ② 差出人及び返還先名 ・千葉県後期高齢者医療広域連合 ・ホームページアドレス ③ 郵便番号、住所、電話番号、F A X 番号</p> <p>（裏面） ④健康に関する標語</p> <p>※印刷イメージは別紙 1 のとおり。 ※水のりまたは同等の加工であること。 ※定型郵便物・はがき作成のガイドラインに準拠することとする。</p>

(5) 封入封緘

封入の際には、宛先及びカスタマーバーコードが封筒の窓から見えるようにすること。

ア 正常分

巻き三つ折りし、封入封緘する。

イ 未登録外字・桁あふれ分

折りおよび封入封緘は不要。

ウ 重心分

巻き三つ折りし、封入する。封緘は不要。

(6) 納品等

ア 甲から乙へのデータの受け渡しについては、各月初旬頃とする。

- イ データ受渡し日から、6営業日以内に納品すること。
- ウ 市区町村別に種類別の件数を記載した一覧表を納品すること。
- エ 別図（納品時の梱包例）を参考に、正常分及び重心分は市区町村毎の区切りが明確にわかるように箱詰めすること。
- オ 未登録外字・桁あふれ分及び重心分は、正常分とは別の箱に梱包すること。
- カ 件数の一覧表及び送付一覧は、未登録外字・桁あふれ分の梱包に同封すること。
- キ 納品物1箱あたりの最大入数は特に指定はないが、人力にて容易に運搬できる数量とすること。また、納品する箱には、箱毎の数量を記載すること。
- ク 各市区町村別に支給決定通知書のPDFファイルを作成し、CD又はDVDに格納のうえ印刷物と併せて納品すること。
なお、PDFファイルは各月の「正常分」「未登録外字・桁あふれ分」「重心分」の納品物に相当する被保険者名等が印字されたものを件数分作成する。

システム仕様書

帳票レイアウト・項目定義書

帳票名:高額介護合算療養費等支給決定通知書

通番	帳票番号	日本語名称	項目名	表示フォーマット	属性	全/半	桁数
1	18	被保険者番号	KKTY_HHS_BNG	XXXXXXXXXX	文字列	半	8
2		被保険者番号(編集形式)	KKTY_HHS_BNG_D	XXXXXXXXXX	文字列	全, 半	16
3	1	文書番号	DOC_BNG	XX...XX	文字列	全, 半	64
4		宛名情報	ATN_ZIP_CD	XXXXXXXXXX			
5		宛名郵便番号	ATN_ZIP_CD_D1	XX...XX	文字列	半	8
6	8	郵便番号	ATN_ZIPCD_D2	XXXXXXXXXX	文字列	全, 半	16
7		宛先住所(5段)	ATN_AD1_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	26
8			ATN_AD2_KJ	XX...XX			40
9			ATN_AD3_KJ	XX...XX			40
10			ATN_AD4_KJ	XX...XX			40
11			ATN_AD5_KJ	XX...XX			40
12	10	宛先氏名	ATN_SHM_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	40
13	11	カスタマーバーコード	ATN_KSTMB_CODE	-	バーコード	半	207
14		作成年月日	SKSI_YMD	XX	文字列	半	8
15		作成年月日(編集形式)	SKSI_YMD_D1	XX	文字列	全, 半	21
16		通知日(元号)	SKSI_NGO	XX	文字列	全, 半	8
17		通知日(年)	SKSI_YY	Z9	数値	半	2
18		通知日(月)	SKSI_MM	Z9	数値	半	2
19		通知日(日)	SKSI_DD	Z9	数値	半	2
20		広域連合名	KIK_RNG_NM_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	24
21		発行者役職名1	KATGK1_NM_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	50
22		発行者役職名2	KATGK2_NM_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	50
23	14	発行者名	SHCH_NM_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	100
24		公印パスファイル名(英字)	KIF_NM_AL	XX...XX	文字列	半	256
25		連合長名(漢字)	SHCH_NM_KJ_DN	XX...XX	文字列	全, 半	100
26		自治体問合わせ先(漢字)	JTTI_TIAWS_SK_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	60
27		自治体郵便番号	JTTI_ZIPCD	XXXXXXXXXX	文字列	半	7
28		自治体郵便番号(編集形式)	JTTI_ZIPCD_X	XXXXXXXXXX	文字列	半	8
29		自治体郵便番号(編集形式)	JTTI_ZIPCD_D	XX...XX	文字列	全, 半	16
30		自治体住所(漢字)	JTTI_JS_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	232
31		自治体電話番号	JTTI_TELNO	XX...XX	文字列	半	16
32		地方公共団体コード	THKDT_CD	XXXXXXXXXX	文字列	半	6
33	6	保険者番号	HKNS_NO	XXXXXXXXXX	文字列	半	8
34	7	保険者名称	HKNS_NM_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	40
35		システム日付	SYS_DATE	XXXXXXXXXX	文字列	半	14
36		基準年月日	KJN_YMD	XXXXXXXXXX	文字列	半	8
37	17	被保険者氏名	HHS_SHMKJ	XX...XX	文字列	全, 半	160
38		被保険者氏名(カナ)	HHS_SHMKN	XX...XX	文字列	全, 半	160
39		被保険者郵便番号	HHS_ZIP_CD	XXXXXXXXXX	文字列	半	7
40		被保険者郵便番号1(編集形式)	HHS_ZIP_CD_D1	XXXXXXXXXX	文字列	半	8
41		被保険者郵便番号2(編集形式)	HHS_ZIP_CD_D2	XX...XX	文字列	全, 半	16
42		被保険者住所	HHS_ADDR_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	92
43		性別	HHS_SEX	X	文字列	半	1
44		性別(編集形式)	HHS_SEX_D	XX	文字列	全, 半	2
45		生年月日	HHS_BRTH_YMD	XXXXXXXXXX	文字列	半	8
46		生年月日(編集形式)	HHS_BRTH_YMD_D	XX...XX	文字列	全, 半	21

システム仕様書

帳票レイアウト・項目定義書

帳票名:高額介護合算療養費等支給決定通知書

通番	帳票番号	日本語名称	項目名	表示フォーマット	属性	全/半	桁数
47		被保険者電話番号1	HHS_TEL1NO	XX...XX	文字列	半	16
48		被保険者電話番号2	HHS_TEL2NO	XX...XX	文字列	半	16
49		被保険者資格取得年月日(和暦)	HHS_SKST_YMD_D	XX...XX	文字列	全, 半	21
50		被保険者資格喪失年月日(和暦)	HHS_SKSS_YMD_D	XX...XX	文字列	全, 半	21
51		支給申請書整理番号	SKY_SNSS_SEIR_NO	XX...XX	文字列	半	17
52		支給申請履歴通番	SKYSNS_RRK_TUBN	XXXXXXXX	数値	半	5
53		支給申請世帯構成員通番	SKYSNS_STKSN_TU	XXXXXXXX	数値	半	5
54		支給整理番号	SKY_SEIR_NO	XX...XX	文字列	半	12
55		通知年月日	TUT_YMD	XXXXXXXX	文字列	半	8
56	2	通知日(元号)	TUT_GNGO	XX	文字列	全, 半	6
57	3	通知日(年)	TUT_YY	Z9	数値	半	2
58		通知日「年」	TUT_YY_KJ	XX	文字列	全, 半	3
59	4	通知日(月)	TUT_MM	Z9	数値	半	2
60		通知日「月」	TUT_MM_KJ	XX	文字列	全, 半	3
61	5	通知日(日)	TUT_DD	Z9	数値	半	2
62		通知日「日」	TUT_DD_KJ	XX	文字列	全, 半	3
63		計算対象期間1	TISY_FROM_YMD_D	XXXXXXXX	文字列	半	6
64	19	計算対象期間1(元号)	TISY_FROM_GNGO	XX	文字列	全, 半	6
65	20	計算対象期間1(年)	TISY_FROM_YY	ZZ	数値	半	2
66	21	計算対象期間1「年」	TISY_FROM_YY_KJ	X	文字列	全, 半	3
67	22	計算対象期間1(月)	TISY_FROM_MM	ZZ	数値	半	2
68	23	計算対象期間1「月」	TISY_FROM_MM_KJ	X	文字列	全, 半	3
69		計算対象期間2	TISY_TO_YMD_D1		文字列	半	6
70	25	計算対象期間2(元号)	TISY_TO_GNGO	XX	文字列	全, 半	6
71	26	計算対象期間2(年)	TISY_TO_YY	ZZ	数値	半	2
72	27	計算対象期間2「年」	TISY_TO_YY_KJ	X	文字列	全, 半	3
73	28	計算対象期間2(月)	TISY_TO_MM	ZZ	数値	半	2
74	29	計算対象期間2「月」	TISY_TO_MM_KJ	X	文字列	全, 半	3
75		申請年月日	SNS_YMD_D1	XX	文字列	半	8
76	30	申請日(元号)	SNS_GNGO	XX	文字列	全, 半	6
77	31	申請日(年)	SNS_YY	ZZ	数値	半	2
78	32	申請日「年」	SNS_YY_KJ	X	文字列	全, 半	3
79	33	申請日(月)	SNS_MM	ZZ	数値	半	2
80	34	申請日「月」	SNS_MM_KJ	X	文字列	全, 半	3
81	35	申請日(日)	SNS_DD	ZZ	数値	半	2
82	36	申請日「日」	SNS_DD_KJ	X	文字列	全, 半	3
83		決定年月日	KTI_YMD_D1	XXXXXXXX	文字列	半	8
84	37	決定年月日(元号)	KTI_GNGO	XX	文字列	全, 半	6
85	38	決定年月日(年)	KTI_YY	ZZ	数値	半	2
86	39	決定年月日「年」	KTI_YY_KJ	X	文字列	全, 半	3
87	40	決定年月日(月)	KTI_MM	ZZ	数値	半	2
88	41	決定年月日「月」	KTI_MM_KJ	X	文字列	全, 半	3
89	42	決定年月日(日)	KTI_DD	ZZ	数値	半	2
90	43	決定年月日「日」	KTI_DD_KJ	X	文字列	全, 半	3
91	44	計算対象期間中の自己負担合計額	ZK_FTNG_GKI	¥Z,ZZZ,ZZZ,ZZ 9	数値	半	14

システム仕様書

帳票レイアウト・項目定義書

帳票名:高額介護合算療養費等支給決定通知書

通番	帳票番号	日本語名称	項目名	表示フォーマット	属性	全/半	桁数
92	45	支給金額	SKY_KGK	¥Z,ZZZ,ZZZ,ZZ9	数値	半	14
93		給付の種類コード	KYUFU_JIYU_CD	X	文字列	半	1
94		給付の種類	KYUFU_JIYU	XX...XX	文字列	全, 半	80
95		不支給理由コード	FSKY_RIY_CD	X	文字列	半	1
96		不支給理由	FSKY_RIY	XX...XX	文字列	全, 半	80
97		備考	BIKO	XX...XX	文字列	全, 半	80
98		広域連合名	KUIK_RNG_NM_KJ	XX...XX	文字列	全, 半	8
99		基準日現在保険者番号	KJN_HKNS_NO	XX...XX	文字列	半	8
100	64	問い合わせ先自治体情報	TIAWSSK_NM_L	XX...XX	文字列	全, 半	32
101	65	問い合わせ先	TIAWSSK_SSK_NM_I	XX...XX	文字列	全, 半	40
102	66	問い合わせ先2	TIAWSSK_SSK_NM_I	XX...XX	文字列	全, 半	60
103		郵便番号左	TIAWSSK_ZIPCD_L	XX...XX	文字列	半	7
104	67	自治体郵便番号	TIAWSSK_ZIPCD_Z	XXXXXXXXXX	文字列	全, 半	18
105	68	自治体住所	TIAWSSK_AD_KJ1_L	XX...XX	文字列	全, 半	40
106			TIAWSSK_AD_KJ2_L	XX...XX			
107	69	自治体電話番号	TIAWSSK_TEL_NO_I	XX...XX	文字列	半	16
108		問い合わせ先名右	TIAWSSK_NM_R	XX...XX	文字列	全, 半	32
109		組織名右	TIAWSSK_SSK_NM_F	XX...XX	文字列	全, 半	40
110		組織名右2	TIAWSSK_SSK_NM_F	XX...XX	文字列	全, 半	60
111		郵便番号右	TIAWSSK_ZIPCD_R	XX...XX	文字列	半	7
112		郵便番号右(編集形式)	TIAWSSK_ZIPCD_Z	XX...XX	文字列	全, 半	18
113		住所1右	TIAWSSK_AD_KJ1_R	XX...XX	文字列	全, 半	40
114		住所2右	TIAWSSK_AD_KJ2_R	XX...XX	文字列	半	40
115		連絡先右	TIAWSSK_TEL_NO_I	XX...XX	文字列	半	16
116		金額表示有無	KNGK_HJUM	X	文字列	半	1
117		金融機関区分コード	KNYK_KBN_CD	X	文字列	半	1
118		金融機関コード	KNYK_CD	XX	文字列	半	4
119		金融機関店舗コード	KNYK_TNP_CD	XX	文字列	半	3
120		預金種別コード	YKNSBT_CD	X	文字列	半	1
121		口座番号	KZ_NO	XX...XX	文字列	半	13
122		口座名義人氏名(カナ)	KZ_MGN_SIMKN	XX...XX	文字列	全, 半	400
123		支出年月日	SISHTU_YMD	XXXXXXXXXX	文字列	半	8
124	49	支給期日(元号)	SISHTU_GNGO	XX	文字列	全, 半	6
125	50	支給期日(年)	SISHTU_YY	ZZ	数値	半	2
126	51	支給期日「年」	SISHTU_YY_KJ	X	文字列	全, 半	3
127	52	支給期日(月)	SISHTU_MM	ZZ	数値	半	2
128	53	支給期日「月」	SISHTU_MM_KJ	X	文字列	全, 半	3
129	54	支給期日(日)	SISHTU_DD	ZZ	数値	半	2
130	55	支給期日「日」	SISHTU_DD_KJ	X	文字列	全, 半	3
131	56	支払期日(2段目)	SHR_YTI_BIKO	XX...XX	文字列	全, 半	100
132	57	支払方法1	SHRI1_KJ_01	XX...XX	文字列	全, 半	40
133	58	支払方法2	SHRI1_KJ_02	XX...XX	文字列	全, 半	40
134	59	支払方法3	SHRI1_KJ_03	XX...XX	文字列	全, 半	40
135	60	支払方法4	SHRI1_KJ_04	XX...XX	文字列	全, 半	60
136		重心	YB	X	文字列	半	14

32XXXXXXXX1XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

2 3 4 5
2X2X年2X月2X日

8XXX8XX

13XXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXX9XXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

25XXXXXXXXXXXX10XXXXXXXX

11 カスタマーバーコード

保険者	8XX6XXX
	10XXX7XXX
問合せ番号	8XXX18XXX

千葉県後期高齢者医療広域連合長
25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
25XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX14XXXXXXXX



高額介護合算療養費等支給決定通知書

高額介護合算療養費等支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	30XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX17XXXXXXXXXXXX	被保険者番号	8XXX18XXX
計算対象期間	19 20 21 22 23 ~ 25 26 27 28 29 2X 2X 1 2X 1 1 2X 2X 1 2X 1	申請年月日	2X 2X 1 2X 1 2X 1 30 31 32 33 34 35 36
計算対象期間中の自己負担額の合計額	14XX44XXXXXXXXXXXX	決定年月日	2X 2X 1 2X 1 37 38 39 40 41 42 43
備考	40XX		
		支給額	14XX45XXXXXXXXXXXX

支給予定日 49 50 51 52 53 54 55
2X 2X 1 2X 1 2X 1

50XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX56XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

支払方法 20XXXXXXXXXXXX57XXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXX58XXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXX59XXXX
30XXXXXXXXXXXX60XXXXXXXXXXXX

不服申し立て及び取消訴訟

この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、千葉県の後期高齢者医療審査会に対して審査請求をすることができます。

なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは、裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、千葉県後期高齢者医療広域連合を被告（代表者は、千葉県後期高齢者医療広域連合長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から1年を経過すると訴えを提起できません。

- ◆ 問い合わせ先 10NN64NNNN
20NNNNNNNNNN65NNNNNN
25NNNNNNNNNNNN66NNNNNNNNNN
〒 8XXX67XX
住所 20NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN68
20NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
電話番号 16XXXXXXXX69XXXX

(納品時の梱包例) 1箱1000通入りの場合

正常分 1箱目

A市 300通	B市 100通
	C市 400通
B市 200通	

正常分 2箱目

C市 150通	D市 400通
D市 350通	
	E市 100通

正常分 3箱目

E市 500通	E市 450通
	F市 50通

重心・桁あふれ分

重 心 分	A市	G市
	B市	H市
	C市	I市
	D市	J市
	E市	桁あふれ分
	F市	

※箱ラベルについて 「市区町村名を記載する。(同一市区町村名が複数ある場合何箱目かを記載する)」
 ※重心・桁あふれ分の箱に件数の一覧および送付一覧表を同梱する。

送付一覧レイアウト仕様書

1 使用データ

No.	項目名	データ名	設定内容	通番
1	保険者番号	HKNS_NO		3 3
2	保険者名称	HKNS_NM_KJ		3 4
3	宛名氏名 (漢字)	ATN_SHM_KJ	「様」は削除すること。	1 2
4	文書番号	DOC_BNG	「千広給第23号の」は削除すること。	3
5	被保険者番号	KKTY_HHS_BNG		1
6	被保険者氏名	HHS_SHMKJ		3 7
7	年度	SKY_SNSSSEIR_NO	支給申請書整理番号の左から2・3桁目を使用し、元号表記に加工すること。 例：「R05」	5 1
8	支給金額	SKY_KGK	#,##0形式に変換すること。	9 2

2 その他

- ・ 1 ページ目にデータの総件数を印字すること。
- ・ 保険者名称を使用し「〇〇市（区町村）支給決定通知送付一覧」と標記すること。
- ・ データの前後に付されている空白は削除すること。
- ・ 印刷に際してはすべて表示できない場合、表示可能な範囲まで印字すること。
- ・ 保険者番号ごとに送付一覧を作成すること。

◎健康診査を受診しましょう！

◎ジェネリック医薬品(後発医薬品)を活用しましょう！

令和 6 年 10 月 1 日から、後発医薬品がある薬で先発医薬品の処方を希望される場合は、特別な料金をお支払いいただくことになりました。

ジェネリック医薬品の利用は、かかりつけのお医者さんや薬剤師さんにご相談ください。

(裏面水のり箇所)

表面

開封前にあて名をご確認ください。
誤配達の場合は、「誤配」と表面へ記入のうえ開封せずそのままポストへ投函願います。

開封前にあて名をご確認ください。



120 mm

18 mm

50 mm

20 mm

105 mm

= 差出人・返還先 =

千葉県後期高齢者医療広域連合

千葉県後期高齢者医療広域連合ホームページ
<https://www.kouiki-chiba.jp/>

〒263-0016
千葉県千葉市稲毛区天台6丁目4番3号
国保会館内
TEL 043-216-5013 給付管理課
FAX 043-206-0085

235 mm