

入 札 公 告（再度公告）

次の通り一般競争入札に付します。

令和 7 年 5 月 2 日

全国健康保険協会理事長 北川 博康

◎調達機関番号 427

◎所在地番号 13

1 調達内容

- (1) 品目分類番号 6, 16
- (2) 調達件名及び予定数量
任意継続被保険者資格取得申出書他 35 点の申請書データ及び電子申請用申請書データ作成（修正）、作成したデータの一部 19 点の印刷業務委託
予定数量は仕様書による
- (3) 調達案件の仕様等
入札説明書及び仕様書による
- (4) 納入期限
仕様書による
- (5) 納入場所
仕様書による
- (6) 入札方法
入札は、申請書等データ作成（修正）業務に係る費用及び作成したデータの一部の印刷に係る各入札単価に各予定数量を乗じた金額の合計で行う。落札決定に当たっては、入札書に記載された金額（合計額）をもって落札判定を行うので、入札者は、消費税等に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、税抜額を入札書に記載すること。

2 競争参加資格

- (1) 全国健康保険協会会計細則第 30 条及び第 31 条の規定に該当しない者であること。
- (2) 令和 7・8・9 年度厚生労働省競争参加資格（全省庁統一参加資格）「物品の製造」の A、B 又は C の等級に格付けされ、関東・甲信越地域の競争参加資格を有するものであること。なお、当該競争参加資格については、令和 6 年 3 月 29 日付け号外政府調達第 58 号の官報の競争参加者の資格に関する公示の別表に掲げる申請受付窓口において随時受け付けている。
- (3) 当該案件と同等の数量について納品を行った実績を有する者であること。
- (4) 当該案件を確実に履行できると認められる者であること。
- (5) 資格審査申請書又は添付書類に虚偽の事実を記載していないと認められる者であること。
- (6) 経営の状況又は信用度が極度に悪化していないと認められる者であること。

- (7) 損害賠償請求を全国健康保険協会から受けていない者であること。
- (8) 全国健康保険協会から業務等に関し競争参加資格停止措置を受けている期間中ではないこと。
- (9) 厚生年金保険・全国健康保険協会管掌健康保険又は船員保険の適用を受けている者にあつては、直近1年間について保険料の未納がない者、健康保険組合等の適用を受けている者にあつては、直近1年間について厚生年金保険料に未納がない者であること。また、厚生年金保険の適用を受けない場合は、事業主が直近1年間について国民年金の未加入及び国民年金保険料の未納がない者であること。

3 入札書の提出場所等

- (1) 契約条項を示す場所、入札説明書の交付場所及び問い合わせ先
160-8507 東京都新宿区四谷 1-6-1 YOTSUYA TOWER 6 階
全国健康保険協会 契約グループ (担当) 上野 佳乃子 電話 03-6680-8199
※原則、上記窓口にて直接交付する。なお、郵送による交付を希望する者は依頼書をFAXのうえ、交付依頼を行うこと。
- (2) 入札説明書に対する質問の受付及び回答
受付先 上記(1)と同じ
受付期限 令和7年5月8日 12時00分まで
回答 質問は原則FAXで受け付ける。
質問者へ受付日の翌営業日までに回答する。入札書提出期限までに、
入札説明書等を取得した者へ回答内容を連絡し、全国健康保険協会本部
掲示板に掲示する。
- (3) 入札書の受領期限等
期限 令和7年5月12日 12時00分
提出場所 上記(1)と同じ
(郵送の場合も上記日時必着とする)
- (4) 開札の日時及び場所
日時 令和7年5月13日 10時00分
場所 全国健康保険協会本部 会議室

4 その他

- (1) 契約手続きにおいて使用する言語及び通貨
日本語及び日本国通貨に限る。
- (2) 入札保証金及び契約保証金
全額免除とする。
- (3) 入札者に要求される事項
この一般競争に参加を希望する者は、競争参加資格に関する証明書等を令和7年5月12日12時00分までに提出しなければならない。入札者は、開札日の前日までの間において、全国健康保険協会事務担当者から当該書類等に関し説明を求められた場合は、それに応じなければならない。

(4) 入札の無効

本公告に示した競争参加資格のない者の提出した入札書、入札者に求められる義務を履行しなかった者の提出した入札書、その他入札条件に違反した入札は無効とする。

(5) 契約書作成の要否 要

(6) 落札者の決定方法

本公告に示した業務を履行できると全国健康保険協会理事長が判断した資料を添付して入札書を提出した入札者であって、全国健康保険協会会計規程第 32 条の規定により作成された予定価格の制限の範囲内で、最低価格をもって有効な入札を行った入札者を落札者とする。

(7) 手続きにおける交渉の有無 無

(8) 詳細は入札説明書による。

5 Summary

(1) Official in charge of disbursement of the procuring entity: Kitagawa Hiroyasu, the Chief Director, Japan Health Insurance Association

(2) Classification of the products to be procured: 6, 16

(3) Nature and quantity of the services to be required: Creating forms related to health insurance

(4) Delivery periods: as in the specifications

(5) Delivery place: as in the specifications

(6) Qualifications for participating in the tendering procedures: Suppliers eligible for participating in the proposed tender are those who shall;

① not come under the Article 30 of the Japan Health Insurance Association Order concerning the accounts regulations

② not come under the Article 31 of the Japan Health Insurance Association Order concerning the accounts regulations

③ Possess the Grade A or Grade B or Grade C in “products” in terms of the qualification for participating in tenders by the Ministry of Health, Labour and Welfare (Single qualification for every ministry and agency) in fiscal year 2025, 2026, and 2027

④ prove to have actually engaged in adequate amount of similar matters properly

⑤ prove to have the ability to provide sufficient service with certainty

⑥ prove to have no false statement in tendering application forms or attached documents

⑦ prove neither the business condition nor credibility is deteriorating

⑧ Being the person who does not take compensation for damages request from Japan Health Insurance Association

⑨ Do not come out of Japan Health Insurance Association during a period

taking a nomination stop about duties

- (7) Time-limit for Tender 12:00 , 12 May, 2025
- (8) Contact point for the notice: Ueno Kanoko accounting division, general affairs department, Japan Health Insurance Association, 1-6-1, Yotsuya, Shinjuku-Ku, Tokyo, 160-8507, Japan, TEL, 03-6680-8199

入札説明書等送付依頼書

任意継続被保険者資格取得申出書他 35 点の申請書データ及び電子申請用申請書データ作成（修正）、作成したデータの一部 19 点の印刷業務委託

標記案件に係る入札説明書等を以下の住所にお送りください。

【送付先】

法人名又は商号：_____

担 当 者 名：_____

郵便番号：_____

住 所：_____

電話番号：_____ FAX 番号：_____

媒体：_____ CD-R _____ ・ _____ 紙 _____

（どちらかに○をしてください。）

依頼先

全国健康保険協会本部 契約グループ 契約担当者宛

FAX:03-6680-8898