

入 札 公 告

次のとおり一般競争入札に付します。

令和 7 年 11 月 28 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 26

(2) 調達件名及び予定数量

インターネット発注システムを利用した事務用品等の購入

(3) 調達案件の仕様等

入札説明書及び仕様書による。

(4) 委託期間

契約締結日から令和 11 年 3 月 31 日まで

(5) 納入場所

全国健康保険協会本部及び支部（50 ヶ所）

(6) 入札方法

入札は、入札書に記載された金額にて行う。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）「物品の販売」の A、B 又は C のいずれか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者であること。なお、当該競争参加資格については、令和 7 年 3 月 31 日付け号外政府調達第 57 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。
経営状況の判断基準は次の①から④のうち、基準を満たしていない項目が2項目以上ある場合、参加させないこととする。
- ①直近の事業年度において、当座比率（当座資産／流動負債）が80%以上であること。
- ②直近2年度において、継続して営業損益が赤字になっていないこと。
- ③直近2年度において、継続して債務超過（純資産がマイナス）でないこと。
- ④2年度連続して、売上高の前事業年度からの下落率が20%以下であること。
- (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に未納がない者、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

全国健康保険協会本部 契約グループ（担当）田口 智士

電話 03-6680-8199 FAX 03-6680-8898

※原則、上記窓口にて電子データ（CD-R）を直接交付する。なお、紙媒体による交付を依頼する場合は事前に担当あてに連絡すること。また、郵送による交付を希望する者は別添の依頼書をFAXのうえ、交付依頼を行うこと。

- (2) 入札書の受領期限等

期 限 令和8年1月19日 12時00分

場 所 上記（1）と同じ

（郵送する場合も、上記日時までに必着とする。）

- (3) 入札説明書等に対する質問の受付及び回答

受 付 先 (1)と同じ

受付期間 令和 8 年 1 月 13 日 12 時 00 分

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。

(4) 開札の日時及び場所

日 時 令和 8 年 1 月 20 日 13 時 30 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 8 年 1 月 19 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、入札担当者から当該書類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、その他入札の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実施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 23 条の規定に基づいて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 : Hiroyasu Kitagawa, the Chief Director , Japan Health Insurance Association
- 2 Classification of the products to be procured : 26
- 3 Nature and quantity of the services to be procured : Purchase of office supplies using internet ordering system
- 4 Contract term: From the contract day to 31 March, 2029
- 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 “Sales of 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
- 7 Time-limit for Tender 12:00 , 19 January, 2026
- 8 Contact point for the notice : Satoshi Taguchi 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

(インターネット発注システムを利用した事務用品等の購入)

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 宛

FAX:03-6680-8898