

公 告

次の通り、企画競争について公告します。

令和 7 年 4 月 1 日

全国健康保険協会理事長 北川 博康

1 企画競争に付する事項

協会けんぽの認知度調査の実施及び広報戦略の企画に係る業務委託

2 企画競争に参加する者に必要な資格に関する事項

- (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)「役務の提供等」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。
- (3) 次の事項に該当する者は、企画競争に参加させないことがある。
 - ①資格審査申請書又は添付書類に虚偽の事実を記載した者。
 - ②経営の状況又は信用度が極度に悪化している者。
- (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) 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。
- (6) 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。
- (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) 過去 5 年以内に、官公庁、公的機関又は民間業者等から本件と業務内容が同等以上の業務を受託した実績がある者であること。
- (9) その他企画書募集要領及び仕様書の参加資格を満たすものであること。

3 契約候補者の選定

「企画書募集要領」及び「仕様書」に基づき提出された企画提案書等について評価を行い、契約候補者一者を選定する。

4 企画競争説明書を交付する日時及び場所

- (1) 日 時 令和 7 年 4 月 1 日から令和 7 年 4 月 15 日 12 時 00 分まで
- (2) 場 所 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) 眞田

電話 03-6680-8199

※原則、上記窓口にて直接交付する。郵送による交付を希望する者は別添の依頼書を F A X のうえ、交付依頼を行うこと。

5 本件業務に関する説明会の日時及び場所

- (1) 日 時 令和7年4月4日 13時30分～14時30分
- (2) 場 所 下記6(1)と同じ
- (3) 参加条件 説明会に参加できる人数は、1社4名までとする。

6 募集要領及び仕様書等に対する質問の受付及び回答

- (1) 受 付 先 全国健康保険協会本部 企画部 広報企画室
東京都新宿区四谷1-6-1 YOTSUYA TOWER 6階
(担当) 梶川、濱寄、岡村
電話 03-6680-8399 FAX 03-6680-8899
- (2) 受付期間 令和7年4月11日 12時00分まで
- (3) 回 答 令和7年4月14日までに回答する。(回答はメールにて行う)
- (4) 提出方法 郵送またはF A Xで受け付ける(様式自由)

7 企画提案書等の提出期限等

- (1) 提出期限 令和7年4月15日 12時00分まで
- (2) 提 出 先 上記6(1)と同じ
- (3) 提出方法 直接提出(持参)または郵送とする(郵送の場合も上記必着)

8 企画書評価委員会の開催

有効な企画提案書等を提出した者から、企画内容等の説明を求めるために実施する。

- (1) 開催日 令和7年4月17日 15時00分～16時00分
- (2) 開催場所 全国健康保険協会本部 会議室

※なお、提案事業者が多数の場合、書面による事前審査を行い、企画書評価委員会参加者を3事業者程度に選定するものとし、書面審査が開催された場合の結果は令和7年4月16日までに別途連絡する。企画書評価委員会に参加する者については、開始日時、説明の持ち時間、出席者数の制限等の説明を行う。

9 企画提案書の無効

本公告に示した企画競争参加資格を満たさない者、その他の競争参加の条件に違反した者の企画提案書等は無効とする。

10 その他

詳細は、「企画競争説明書」による。

企画競争説明書等送付依頼書

(協会けんぽの認知度調査の実施及び広報戦略の企画に係る業務委託)

標記案件に係る企画競争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：_____

メールアドレス：_____

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