

公 告

次の通り、企画競争について公告します。

令和6年12月5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

スマートフォンアプリケーションの開発等業務 一式

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4・5・6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又はB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) その他委託要領及び企画提案要領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

委託要領及び企画提案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6年12月5日から令和7年1月10日 17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) 上野
電話 03-6680-8199

※原則、上記窓口にて電子データ(CD-R)を直接交付する。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。

5 本件業務に関する説明会の日時及び場所

- (1) 日 時 令和6年12月9日 10時00分～
- (2) 場 所 上記4(1)と同じ

6 企画競争説明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 システム部 IT戦略推進室 佐藤・林
《令和6年12月27日(金)まで》
東京都品川区大井1丁目28番1号 住友不動産大井町駅前ビル 8階
電話 03-6871-6580
《令和7年1月6日(月)以降》
東京都渋谷区代々木三丁目22番7号 新宿クイントビル 8階
電話 03-5539-1375
- (2) 受付期間 令和7年1月6日 15時00分まで
- (3) 回 答 令和7年1月8日までに回答する
- (4) 提出方法 仕様書に記載のメールアドレスにて受け付ける
※簡易な質問は電話での問合せも可

7 企画提案書等の提出期限等

- (1) 提出期限 令和7年1月10日 17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。(郵送の場合は必着とする)

8 企画提案会の開催

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1月24日 (1社あたり20分)
- (2) 開催場所 全国健康保険協会本部 会議室

※なお、書面による事前審査を行い、企画提案会参加者を決定するものとし、書面審査の結果及び企画提案会に参加する者については、開始時間、説明の持ち時間、出席者数の制限等について、令和7年1月20日までに別途連絡する。

9 企画書の無効

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書等は、無効とする。

10 契約書作成の要否 要

契約の相手方が決定したときは、遅滞なく契約書を取り交わすものとする。ただし、令和7年4月1日以降の契約は、全国健康保険協会の令和7年度予算が認可されることを前提として、令和7年4月1日付(予定)で遅滞なく契約書を取り交わすものと

する。

1 1 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

スマートフォンアプリケーションの開発等業務 一式

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：_____

依頼先

全国健康保険協会本部 契約グループ 宛

FAX:03-6680-8898