入　札　公　告

次のとおり一般競争入札に付します。

令和８年 11 月９日

全国健康保険協会　理事長　北川　博康

１　調達内容

(1)　調達件名及び予定数量

令和９年度都道府県単位保険料率に係る広報の業務委託（保険料額表・ポスターの印刷）

①保険料額表（二つ折り後、巻三つ折り）　予定数量 2,967,000 部

②保険料額表（二つ折り）　予定数量 233,000 部

③ポスター　予定数量 8,270 部

(2)　調達案件の仕様等

入札説明書及び仕様書による。

(3)　委託期間

契約締結日から令和９年２月 28 日

(4)　納品場所

全国健康保険協会が指定する場所

(5)　入札方法

入札は総価にて行う。

落札決定に当たっては、入札書に記載された金額をもって落札価格とするので、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者であること。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

(7) 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っては、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っては、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。

(8) 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。

(9) ISO9001 認証を取得していること。

(10) その他仕様書に記載する資格を満たす者であること。

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　電話　03-6680-8199　　担当　河瀬

※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)　入札書の受領期限等

期　　限　令和 8 年 12 月 8 日　　12 時 00 分

（郵送する場合も、上記日時までに必着とする）

提出場所　(1)と同じ

(3)　開札の日時及び場所

日　　時　令和 8 年 12 月 9 日　　11 時 00 分

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　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 12 月 8 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。

入札説明書等送付依頼書

（令和９年度都道府県単位保険料率に係る広報の業務委託
（保険料額表・ポスターの印刷））

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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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:03-3355-0600