

公 告

次の通り、企画競争について公告します。

令和 8 年 8 月 28 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

健診体系の見直し及び令和 9 年度都道府県単位保険料率改定に係る広報の業務委託

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 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) 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はないこと。
- (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。
- (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) 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。
- (10) その他企画書募集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

「企画書募集要領」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 8 年 8 月 28 日から令和 8 年 9 月 24 日まで
- (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) 古屋
電話 03-6680-8199 FAX 03-3355-0600

※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 8 年 9 月 2 日 15 時 00 分～16 時 00 分
- (2) 場 所 全国健康保険協会本部 会議室
東京都新宿区四谷 1-6-1 YOTSUYA TOWER 6 階
- (3) 参加条件 説明会に参加できる人数は、1 社 2 名までとする

6 募集要領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 (担当) 浜崎・岡村
東京都新宿区四谷 1-6-1 YOTSUYA TOWER 6 階
電話 03-6680-8399 FAX 03-3355-0600
- (2) 受付期間 令和 8 年 9 月 15 日 12 時 00 分まで
- (3) 回 答 令和 8 年 9 月 17 日までに回答する。
- (4) 提出方法 郵送または F A X にて受け付ける

7 企画書等の提出期限等

- (1) 提出期限 令和 8 年 9 月 25 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) 又は郵送とする (郵送の場合も上記必着)

8 企画提案会の開催

有効な企画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 8 年 10 月 6 日 (予定)
※提案者が多数の場合には、書面による事前審査を行い、企画提案会参加者を
3 事業者程度に絞り込む。書面審査が開催された場合の結果については令和 8
年 10 月 5 日までに別途連絡する。
- (2) 場 所 全国健康保険協会本部 会議室

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 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

(健診体系の見直し及び
令和9年度都道府県単位保険料率改定に係る広報の業務委託)

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:03-3355-0600