

公 告

次のとおり、企画競争について公告します。

令和 8 年 3 月 5 日

全国健康保険協会福島支部
支部長 遠藤 隆男

1. 企画競争に付する事項

「健康事業所宣言」事業所への健康度測定器貸出事業にかかる業務委託

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 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。
- ③ 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。
- 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。
- 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 プライバシーマーク、ISO/IEC27001 又は JISQ27001 認証のいずれか、あるいはこれに準ずる事業者独自の個人情報取り扱い規程を定めていること。
- ⑨ その他、企画競争説明書および仕様書に定める条件を満たすものであること。

3. 契約候補者の選定

「健康事業所宣言」事業所への健康度測定器貸出事業にかかる業務委託にかかる企画競争説明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 8 年 3 月 5 日（木）～令和 8 年 3 月 24 日（火）まで
- (2) 場所 〒960-8546 福島県福島市栄町 6-6 福島セントランドビル 8 階
全国健康保険協会福島支部 企画総務グループ 財務担当：小岩
電話：024-523-3916 FAX：024-523-3841

※企画競争説明書の交付は郵送とする。企画競争説明書が必要な者は依頼書の FAX 送信により交付依頼を行うこと。なお、企画競争説明書等の資料は書面での交付のみとする。

5. 企画競争説明書に対する質問の受付及び回答

質問は、下記により F A X（A 4、様式自由）にて受け付ける。

- (1) 受付先 全国健康保険協会福島支部 企画総務グループ 長正

TEL : 024-523-3916 FAX : 024-523-3841

(2) 受付期間 令和8年3月13日(金) 12:00まで

(3) 回 答 受付日の翌営業日までに回答する。

6. 企画書等の提出期限等

(1) 提出期限 令和8年3月25日(水) 12:00まで

(2) 提出先 4(2)に同じ

(3) 提出方法 直接提出(持参)または郵送とする。

7. 選考結果の通知

企画提案書を提出したすべての事業者に対し、令和8年3月31日(火)(予定)に評価結果を発送する。

8. 見積書の提出

契約候補事業者は、評価結果の通知がなされた後、速やかに協会担当者との仕様書の確定にかかる打ち合わせを行い、当該業務委託にかかる見積書を提出する。見積書は税抜の単価及び詳細な経費内訳を記載すること。

提出先 〒960-8546

福島県福島市栄町6-6 福島セントランドビル8階

全国健康保険協会福島支部 企画総務グループ 長正

9. 契約決定の通知

上記8の見積書の内容が当支部の予算の範囲内であることを確認したうえで、契約候補事業者へ契約決定の連絡をする。

10. 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。

11. その他

・詳細は、「健康事業所宣言」事業所への健康度測定器貸出事業にかかる業務委託にかかる企画競争説明書による。

・本事業は令和8年度の予算成立を条件とする。

【本件担当、連絡先】

住所：福島県福島市栄町6-6 福島セントランドビル8階

担当：企画総務グループ 小岩

電話：024-523-3916

FAX：024-523-3841

【FAX 送信先】

FAX : **024-523-3841**

全国健康保険協会福島支部

企画総務グループ 小岩 行

企画競争説明書等送付依頼書

件名：「健康事業所宣言」事業所への健康度測定器貸出事業にかかる業務委託

上記案件に係る企画競争説明書等の送付を希望します。

【送付先】

法人名： _____

担当者： _____

住所： 〒 _____

電話番号： _____

FAX 番号： _____