

公 告

次のとおり、企画競争について公告します。

令和 8 年 8 月 31 日

全国健康保険協会愛知支部
支部長 松下 敏幸

1 企画競争に付する事項

デジタルサイネージと WEB 広告を活用した上手な医療のかかり方広報業務委託

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 07・08・09 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」のいずれかの等級に格付けされ、東海・北陸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。
- (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。

3 契約候補者の選定

「デジタルサイネージと WEB 広告を活用した上手な医療のかかり方広報業務委託にかかる企画提案書作成要領」及び「仕様書」に基づき提出された企画書等について評価を行い、契約候補者一者を選定する。

4 企画競争説明書等を交付する日時及び場所

- (1) 日時 令和 8 年 8 月 31 日～令和 8 年 10 月 7 日（土日及び祝日は除く）

- (2) 場所 愛知県名古屋市中村区名駅 1-1-1 JP タワー名古屋 23 階
全国健康保険協会愛知支部 企画総務グループ (担当) 吉居
電話 : 052-856-1490

※郵送による交付を希望する者は、末尾にある依頼書を FAX のうえ、交付依頼を行うこと。

5 企画競争に係る説明会の開催

企画競争参加希望者に対して、説明会を実施する。

- (1) 日 時 令和 8 年 9 月 7 日 14 時 00 分～15 時 00 分
(2) 場 所 愛知県名古屋市中村区名駅 1-1-1 JP タワー名古屋 23 階
全国健康保険協会愛知支部 会議室
(3) 参加条件 説明会に参加できる人数は 1 事業所 2 名までとする。
参加を希望する場合は、令和 8 年 9 月 4 日 17 時までに下記 6 (1) 受付先に電話にて申し込むこと。

※説明会への参加は任意であり、競争参加において必須要件とはしない。

6 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 FAX (A 4、様式自由) にて受け付ける。

- (1) 受 付 先 全国健康保険協会愛知支部 企画総務グループ 河原
TEL : 052-856-1490 FAX : 052-581-5008
(2) 受付期間 令和 8 年 9 月 28 日 15 時
(3) 回 答 令和 8 年 9 月 29 日までに FAX または電話にて行う。
※質問者へ受付の翌々営業日までに回答する。また、企画競争説明書を取得した者へ上記期限までに回答内容を連絡する。

7 企画提案書等の提出期限等

- (1) 提出期限 令和 8 年 10 月 8 日 15 時
(2) 提 出 先 6 (1) に同じ
(3) 提出方法 直接提出 (持参) または郵送 (追跡可能な郵送方法に限る。) とする。

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) 日時 令和 8 年 10 月 26 日
(2) 場所 5 (2) に同じ
※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、開始時間等については、令和 8 年 10 月 20 日を目途に別途連絡する。

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 その他

詳細は、「企画競争説明書」、「仕様書」、「企画提案書作成要領」による。

仕様書等送付依頼書

(デジタルサイネージと WEB 広告を活用した上手な医療のかかり方
広報業務委託)

標記案件に係る仕様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

全国健康保険協会愛知支部 企画総務グループ 契約担当宛

FAX:052-581-5008