

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 24 日

全国健康保険協会福岡支部

支部長 兼重 正幸

1 企画競争に付する事項

令和 8 年度 糖尿病性腎症重症化予防のための受診勧奨・通院継続支援事業

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」のいずれかの等級に格付けされ、九州・沖縄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。
- (9) プライバシーマーク、ISO/IEC27001 又は JISQ27001 認証について、少なくとも 1 つを取得している者であること。
- (10) 未治療者の受診勧奨及び糖尿病性腎症重症化予防事業と同様かつ同規模の事業を受託した実績があること。
- (11) その他別紙で定める仕様書の業務実施要件、委託条件を満たしていること。

3 契約候補者の選定

「令和 8 年度 糖尿病性腎症重症化予防のための受診勧奨・通院継続支援事業に係る企画競争実施要領」に基づき提出された企画書等について評価を行い、契約候補者一人を選定する。

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24日(月)～令和8年9月17日(木)12時00分まで
- (2) 場所 〒812-8670 福岡市博多区博多駅東1-17-1 コネクトスクエア博多8階
全国健康保険協会福岡支部 企画総務グループ 担当 黒木
電話(代表) 092-477-7250

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FAX(企画競争実施要領「別紙3」)にて受け付ける。

- (1) 受付先 下記記載の「本件担当、連絡先」
- (2) 受付期間 令和8年9月8日(火)12時00分まで
- (3) 回答 令和8年9月11日(金)までに企画競争参加者に対してFAXにて行う。

※企画競争説明書を取得した者へ速やかに回答内容を連絡し、全国健康保険協会福岡支部掲示板に掲示する。

6 企画書等の提出期限等

- (1) 提出期限 令和8年9月17日(木)12時00分まで
- (2) 提出先 4(2)に同じ
- (3) 提出方法 直接持参又は郵送とする。郵送の場合は書留などの追跡可能な方法によるものとし、提出期限までに必着のこと。

7 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6日(火)14時00分(予定)
- (2) 場所 〒812-8670 福岡市博多区博多駅東1-17-1
コネクトスクエア博多7階 大会議室

※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、書面審査の結果は、応募者全員に別途連絡する。

なお、開始時間及び説明持ち時間については別途連絡する。出席者数は2名までとする。

8 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。

9 その他

詳細は、「令和 8 年度 糖尿病性腎症重症化予防のための受診勧奨・通院継続支援事業に係る企画競争実施要領」による。

【本件担当、連絡先】

〒812-8670

福岡市博多区博多駅東 1-17-1 コネクトスクエア博多 8 階 全国健康保険協会福岡支部
(企画書、仕様書に関する事) 保健グループ 庄崎・丸木
(参加資格等に関する事) 企画総務グループ 黒木

電話：092-477-7250 FAX：092-477-7297

仕様書等送付依頼書

案件名： 令和 8 年度 糖尿病性腎症重症化予防のための受診勧奨・通院継続
支援事業

標記案件に係る仕様書等を以下の住所に送付ください。

【送付先】

事業所名： _____

担当者名： _____ 様

郵便番号： _____

住所： _____

電話番号： _____ FAX 番号： _____

依頼先

全国健康保険協会福岡支部 企画総務グループ 契約担当

FAX : 092-477-7297