

## 公 告

次のとおり、企画競争について公告します。

令和 8 年 5 月 7 日

全国健康保険協会石川支部  
支部長 赤澤 信秀

### 1 企画競争に付する事項

令和 8 年度健康宣言事業所向け健康づくり講座業務委託

### 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、または ISO/IEC27001、JISQ27001 のいずれかの認証の取得していること。またはそれに準ずる資格または内容について業者独自で規約等を定めていること。

### 3 契約候補者の選定

「令和 8 年度健康宣言事業所向け健康づくり講座業務委託」に係る「企画競争募集要領」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5月7日(木)～令和8年6月4日(木)午後2時まで
- (2) 場所 金沢市広岡三丁目3番11号 JR金沢駅西第四NKビル7階  
全国健康保険協会石川支部保健グループ 担当：吉田  
TEL：076-264-7200 FAX：076-264-7206
- (3) 交付方法 郵送又は上記(2)で示した場所において交付する。

※郵送による交付を希望するものは別添の依頼書をFAXのうえ、交付依頼を行うこと。

#### 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(A4、様式自由)にて受け付ける。電話は不可とする。

- (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5月26日(火)午前10時まで
- (3) 回答 令和8年5月28日(木)までに企画競争参加者に対してFAXにて行う。

#### 6 企画書等の提出期限等

- (1) 提出期限 令和8年6月4日(木)午後2時まで(必着)
- (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(書留郵便等配達・受領が確認できる郵送方法)とする。

#### 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6月16日(火)
- (2) 実施方法 Web会議システム方式(Zoom)
- (3) 場所 4(2)に同じ

※提案事業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及びプレゼンテーションの時間については令和8年6月10日(水)までに別途連絡する。企画提案に係る評価委員会の参加者は、上記の予定で企画提案書等の説明を行うものとする。

#### 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年度健康宣言事業所向け健康づくり講座業務委託」に係る「企画競争募集要領」及び「仕様書」による。

**【本件担当、連絡先】**

住所：金沢市広岡三丁目3番11号 JR金沢駅西第四NKビル7階

担当：保健グループ 吉田

電話：076-264-7200 FAX：076-264-7206

# 企画競争説明書等送付依頼書

(令和8年度健康宣言事業所向け健康づくり講座業務委託)

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： \_\_\_\_\_

F A X： \_\_\_\_\_

依頼先

全国健康保険協会石川支部 保健グループ 吉田 宛

FAX : 076-264-7206