

入 札 公 告

次のとおり一般競争入札に付します。

令和 8 年 10 月 29 日

全国健康保険協会岩手支部
支部長 野村 俊之

1 調達内容

(1) 調達件名

令和 8 年度 生活習慣病予防健診未受診者への案内 DM(圧着式) 及び事業所あて
案内文書の作成、封入封緘、発送業務委託 20,300 件

(2) 調達物品の特質等

入札説明書及び仕様書による。

(3) 履行期限

令和 9 年 1 月 15 日

(4) 納品場所

仕様書による

(5) 入札方法

総価にて入札に付する。

落札決定に当たっては、入札書に記載された金額をもって落札価格とするので、入札者は、消費税等に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、税抜額を入札書に記載すること。

2 競争参加資格

- (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、東北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。
- (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 つを取得していること。

3 入札書の提出場所等

- (1) 契約条項を示す場所、入札説明書の交付場所及び問い合わせ先

〒020-8508 岩手県盛岡市中央通 1-7-25 朝日生命盛岡中央通ビル 2 階

全国健康保険協会岩手支部

TEL (代表) : 019-604-9009

入札に関する問い合わせ

企画総務グループ 担当 : 打野

※原則、郵送で交付する。交付を希望する者は、本公告に添付の「依頼書」を FAX
または電話で交付依頼を行うこと。

仕様に関する問い合わせ

保健グループ 担当 : 田中

- (2) 入札書の受領期限等

期 限 令和 8 年 11 月 13 日 (金) 12 時 00 分

提出場所 全国健康保険協会岩手支部

(郵送する場合も、上記日時までに必着とする。)

- (3) 開札の日時及び場所

日 時 令和 8 年 11 月 16 日 (月) 14 時 00 分

場 所 全国健康保険協会岩手支部

4 その他

- (1) 契約手続において使用する言語及び通貨

日本語及び日本国通貨に限る。

- (2) 入札保証金及び契約保証金

全額免除とする。

- (3) 入札者に要求される事項

この一般競争に参加を希望する者は、競争参加資格に関する証明書等を令和 8 年 11 月 13 日 (金) 12 時 00 分までに提出しなければならない。

入札者は、開札日の前日までの間において、入札担当者から当該書類に関し説明を求められた場合は、それに応じなければならない。

- (4) 入札の無効

本公告に示した競争参加資格のない者の提出した入札書、入札者に求められる義務を履行しなかった者の提出した入札書、その他入札の条件に違反した入札は無効とする。

- (5) 契約書作成の要否 要

- (6) 落札者の決定方法

本公告に示した業務を履行できると全国健康保険協会岩手支部長が判断した資料を添付

して入札書を提出した入札者であって、全国健康保険協会会計規程第 32 条の規定により作成された予定価格の制限の範囲内で最低価格をもって有効な入札を行った入札者を落札者とする。

- (7) 手続きにおける交渉の有無 無
- (8) 詳細は入札説明書による。

仕様書等送付依頼書

令和 8 年度 生活習慣病予防健診未受診者への案内 DM(圧着式) 及び
事業所あて案内文書の作成、封入封緘、発送業務委託

標記案件に係る仕様書について、以下の所在地にお送りください。

【送付先】

事業所名：_____

担当者名：_____

郵便番号：_____

所 在 地：_____

電話番号：_____

FAX 番号：_____

依頼先

全国健康保険協会岩手支部 企画総務グループ 契約担当者あて

FAX 番号：019-604-9117