

公 告

次のとおり、企画競争について公告します。

令和 8 年 6 月 25 日

全国健康保険協会鹿児島支部
支部長 光岡 信昭

1 企画競争に付する事項

令和 8 年度被扶養者特定健診の集団健診等にかかる業務委託

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) 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 A、B、C 又は D 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、JISQ27001 もしくはこれに類似する認証を取得している事業者であること。
- (10) 作業場所において、ISO9001 認証を取得していること。あるいはこれに準ずる事業者独自のものを定めていること。
- (11) 集合契約 A または B を契約しており、被扶養者向けの特定健診（集団健診）および健診当日の特定保健指導初回面談業務を協会支部の提示金額（特定健診：7,150 円、特定保健指導動機付け支援・動機付け支援相当：9,290 円、積極的支援：27,500 円）以内で実施している健診機関であること。

(12) 過去3年以内に協会けんぽ又は他保険者において、当該業務委託と類似する業務を適正に完了させた実績を有すること。

3 契約候補者の選定

「令和8年度被扶養者特定健診の集団健診等にかかる業務委託に係る企画書募集要領」に基づき提出された企画書等について評価を行い、契約候補者一者を選定する。

4 仕様書、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6月25日(木)～令和8年7月21日(火)17時00分まで

(2) 場所 〒890-8640 鹿児島市武1-2-10 JR鹿児島中央ビル9階

全国健康保険協会鹿児島支部 企画総務グループ

担当 谷山 電話 099-219-1734 FAX 099-252-7501

※郵送による交付を希望する者は、依頼書をFAXし、交付依頼を行うこと。

5 仕様書、企画競争説明書等に対する質問の受付及び回答

質問は、下記により電話またはFAX(A4、様式自由)にて受け付ける。

(1) 受付先

〒890-8640 鹿児島市武1-2-10 JR鹿児島中央ビル9階

全国健康保険協会鹿児島支部

担当：(仕様に関する事) 保健グループ 中本

(契約に関する事) 企画総務グループ 谷山

TEL：099-219-1734 FAX：099-252-7501

(2) 受付期間

令和8年6月25日(木)～令和8年7月8日(水)17時00分まで

(3) 回答

受付日の3営業日以内に電話またはFAXにて回答する。

6 企画書等の提出期限等

(1) 提出期限 令和8年7月21日(火)17時00分

(2) 提出先 4(2)に同じ

(3) 提出方法 郵送または直接提出(持参)とする。

(※郵送による提出の場合は、記録が残る書留郵便とすること。)

7 企画書等の無効

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。

8 その他

詳細は、「仕様書」、「企画書募集要領」、「契約書（案）」による。

仕様書等送付依頼書

送信先

FAX:099-252-7501

全国健康保険協会鹿児島支部企画総務グループ担当谷山宛て

| | |
|-----|-----------------------------|
| 案件名 | 令和8年度被扶養者特定健診の集団健診等にかかる業務委託 |
|-----|-----------------------------|

下記送付先をご記入のうえ、FAXにてご依頼ください。

| | | |
|-------------|------|---|
| 送 付 先 | 事業所名 | |
| | 担当者名 | |
| | 住所 | 〒 |
| | 電話番号 | |

※FAX依頼到着後、上記送付先へ翌営業日に発送いたします。