

公 告

次のとおり、企画競争について公告します。

令和 8 年 2 月 18 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 被保険者に対する特定保健指導継続支援業務委託

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、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 認証のいずれかの認証を取得している者であること。
- (10) 過去に行政機関、地方公共団体等において本業務と同等以上の内容でデータ作成と個人情報の取り扱いを含む業務及び印刷製造を適正に完了させた実績があること。
- (11) その他別紙で定める仕様書の委託条件を満たしていること。

(12) 全国健康保険協会の予算は、厚生労働大臣の認可を受けることとされているため、認可を受けられないときは、履行期間等の変更又は契約不成立があり得ることを了承する者であること。

3 契約候補者の選定

「企画競争実施要領」および「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 企画競争実施要領および仕様書を交付する日時及び場所

(1) 日時 令和 8 年 2 月 18 日 (水) 8 時 30 分～

(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 092-477-7250 FAX 092-477-7297

※郵送による交付を希望する者は依頼書を FAX 送信により交付依頼を行うこと。

5 企画競争実施要領および仕様書等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。

(1) 受付先

(契約に関すること)

企画総務グループ 担当 黒木

電話 092-477-7250 FAX 092-477-7297

(仕様書等に関すること)

保健グループ 担当 井福、川崎

電話 092-477-7250 FAX 092-477-7295

(2) 受付期間 令和 8 年 3 月 2 日 (月) 12 時 00 分まで

(3) 回 答

※質問者へ受付日の翌営業日までに回答する。企画書等の提出期限までに、企画競争説明書を取得した者へ回答内容を連絡し、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 3 月 10 日 (火) 12 時 00 分

(2) 提出先 〒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保健グループ 担当 井福、川崎

(3) 提出方法 直接持参または郵送とする。

郵送の場合は上記の提出期限までに必着すること。

7 企画競争審査会の開催

有効な企画書等を提出した者から、企画内容等を選定するために実施する。

開催日：令和8年3月13日（金）

※書面により企画内容審査を行う。

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、「企画競争実施要領」および「仕様書」による。

仕様書等送付依頼書

案件名：令和8年度 被保険者に対する特定保健指導継続支援業務委託

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