

公 告

次のとおり、企画競争について公告します。

令和 7 年 11 月 14 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

健診体系の見直しに係る広報業務委託

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、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) 全国健康保険協会、国民健康保険または健康保険組合等での業務実績を有すること。

3 契約候補者の選定

健診体系の見直しに係る広報業務委託に係る「企画競争募集要領」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 企画競争説明書を交付する日時及び場所

- (1) 日時 令和 7 年 11 月 14 日（金）～令和 7 年 12 月 2 日（火）
- (2) 場所 石川県金沢市南町 4 番 55 号 WAKITA 金沢ビル 9 階
全国健康保険協会石川支部 企画総務グループ 担当：飯塚
- (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 企画競争に係る説明会の開催

企画競争参加希望者に対して、説明会を実施する。

- (1) 日時 令和 7 年 11 月 25 日（火）11 時 00 分～12 時 00 分
- (2) 場所 石川県金沢市南町 4 番 55 号 WAKITA 金沢ビル 9 階
全国健康保険協会石川支部 会議室

6 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 F A X（A 4、様式自由）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 7 年 12 月 2 日（火）14 時 00 分まで
- (3) 回 答 令和 7 年 12 月 4 日（木）17 時までに企画競争参加者に対して FAX
にて行う。

※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、
全国健康保険協会石川支部掲示板に掲示する。

7 企画書等の提出期限等

- (1) 提出期限 令和 7 年 12 月 12 日（金）14 時 00 分まで（必着）
- (2) 提 出 先 4（2）に同じ
- (3) 提出方法 持参または郵送（書留郵便に限る）とする。

8 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 7 年 12 月 23 日（火）14 時 00 分～16 時 00 分
- (2) 場所 5（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については令和 7
年 12 月 16 日（火）までに別途連絡する。

9 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。

10 その他

詳細は、健診体系の見直しに係る広報業務委託に係る「企画競争募集要領」による。

【本件担当、連絡先】

住所：金沢市南町 4-55 WAKITA 金沢ビル 9 階

担当：企画総務グループ 飯塚

TEL：076-264-7201 FAX：076-264-7206

企画競争説明書等送付依頼書

案件名：健診体系の見直しに係る広報業務委託

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 企画総務グループ(飯塚) 宛

FAX：076-264-7206