

入 札 公 告

次のとおり一般競争入札に付します。

令和 7 年 2 月 27 日

全国健康保険協会大阪支部

支部長 栗津 康

1 調達内容

(1) 調達件名

令和 7 年度 弁護士対応による債権回収催告等の業務委託

(2) 調達案件の仕様等

入札説明書及び仕様書による。

(3) 委託期間

令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 31 日まで

(4) 納品場所

仕様書による。

(5) 入札方法

単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判定を行うので、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、債務者 1 人当たりの単価（税抜額）を入札書に記載すること。

なお、入札者は、本体価格のほか、仕様書等に規定するものに要する一切の諸経費を含めた金額を見積もるものとする。

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) 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。

(3) 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。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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であっては、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っては、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。

(7) 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。

(8) 弁護士資格を有する者が所属する事業者であること。

(9) 健康保険法に関する訴訟・法律相談等の業務実績を有していること。

- (10) 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 入札説明書等を交付する日時及び場所

- (1) 日時 令和7年2月27日(木)から令和7年3月10日(月)まで
9時～12時または13時～17時(令和7年3月10日は11時まで)
- (2) 場所 〒530-8507 大阪市北区梅田3-2-2 JPタワー大阪13階
全国健康保険協会大阪支部 企画総務グループ 担当 西・木村
電話 06-7711-3400(直通)

4 入札書等の提出期限、場所及び方法

- (1) 提出期限 令和7年3月10日(月)11時00分
- (2) 提出場所 上記3(2)と同じ
- (3) 提出方法 直接持参して提出又は郵送により提出
(電報、ファクシミリ、電話その他の方法による提出は認めない。)

5 開札の日時及び場所

- (1) 日時 令和7年3月12日(水)10時30分
- (2) 場所 大阪市北区梅田3-2-2 JPタワー大阪13階
全国健康保険協会大阪支部 BCP会議室

6 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
- ①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7年3月10日(月)11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。
- ②業務の実施に当たっては、当該業務の全部又は主体的部分を一括して第三者に請け負わせてはならないものとする。
- (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) 契約書の作成の要否 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大阪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。

入札説明書等送付依頼書

案件名：令和7年度 弁護士対応による債権回収催告等の業務委託

標記案件に係る入札説明書等について、以下の住所へ送付を希望します。

【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 番 号：_____

依頼先

全国健康保険協会大阪支部 企画総務グループ 担当 西・木村

FAX:06-7711-3560