

公 告

次のとおり企画競争について公告します。

令和 7 年 2 月 26 日

全国健康保険協会大阪支部
支部長 栗津 康

1 企画競争に付する事項

令和 7 年度健康情報誌の選定・作成・納品等業務委託

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 04・05・06 年度厚生労働省競争参加資格（全省庁統一参加資格）「物品の製造」 または「役務の提供等」のいずれかの等級に格付けされ、近畿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。
- (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) 過去に全国健康保険協会各支部等、他の公的な医療保険者において当該案件と類似の委託業務を請け負った実績を有すること。
- (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 契約候補者の選定

「令和 7 年度健康情報誌の選定・作成・納品等業務委託 企画競争実施要領」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 企画競争実施要領等を交付する日時及び場所

- (1) 日時 令和 7 年 2 月 26 日（水）から令和 7 年 3 月 27 日（木）まで

- 9 時～12 時または 13 時～17 時（令和 7 年 3 月 27 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）

5 企画競争説明会の開催日時及び場所（参加任意・オンライン方式）

- （1）日時 令和 7 年 3 月 5 日（水）11 時 15 分から（30 分程度）
（2）実施方法 web 会議システム方式（「Zoom」）による実施とする。
※詳細は別紙「企画競争説明会 実施要領」のとおり

6 企画競争実施要領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 全国健康保険協会大阪支部 FAX 06-7711-3560
（契約に関すること）企画総務グループ 担当 西・木村
（仕様書等に関すること）企画総務グループ 担当 吉川・川上
（2）受付期間 令和 7 年 3 月 6 日（木）12 時 00 分まで
（3）回答 令和 7 年 3 月 7 日までに企画競争参加者に対して FAX にて行う。

7 企画書等の提出期限等

- （1）提出期限 令和 7 年 3 月 27 日（木）11 時 00 分
（2）提出場所 上記 4（2）と同じ
（3）提出方法 直接持参又は郵送とする。郵送の場合は上記の提出期限までに必着すること。

8 再委託に関する承認申請書の提出期限等（競争参加時点で再委託を予定している場合）

- （1）提出期限 令和 7 年 3 月 11 日（火）17 時 00 分
（2）提出場所 〒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 吉川・川上
（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。）

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、「令和 7 年度健康情報誌の選定・作成・納品等業務委託 企画競争実施要領」による。

企画競争実施要領等送付依頼書

案件名：令和7年度健康情報誌の選定・作成・納品等業務委託

標記案件に係る企画競争実施要領等について、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