

見 積 競 争 公 告

次のとおり見積競争に付します。

令和6年12月25日

全国健康保険協会島根支部
支部長 石 原 貢

1 調達内容

- (1) 調達件名 労働局との連名による受診勧奨等周知チラシの作成業務委託
- (2) 調達案件の特質等 仕様書による。
- (3) 納品期限 令和7年2月19日（水）

2 見積方法

見積金額は総価とする。履行に関する一切の諸費用を見積金額に見込むこと。

見積書を提出期限内に提出し、最低価格をもって見積書を提出した者を契約の相手方とする。契約の決定に当たっては、見積書に記載された金額をもって判定を行うので、参加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、税抜額を見積書に記載すること。

3 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) 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。
- (3) 全国健康保険協会から損害賠償請求を受けていない者であること。
- (4) 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。
- (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) 支部が定める仕様書を取得している者であること。

4 見積書の提出場所等

- (1) 提出場所及び問い合わせ先

〒690-8531 島根県松江市殿町383山陰中央ビル2階

全国健康保険協会島根支部 企画総務グループ TEL 0852-59-5140 [担当：長見]

- (2) 仕様書の交付方法

※原則、上記（1）の場所にて直接交付する。郵送による交付を希望する者は別添の依頼書をFAXのうえ、交付依頼を行うこと。

- (3) 提出物

見積書 1部

- (4) 提出期限 令和7年1月16日（木）15時

5 その他

- (1) 手続きにおいて使用する言語及び通貨は、日本語及び日本国通貨に限ること。
- (2) 見積書には、事業所名、代表者名を記入のうえ、代表者印を押印し、全国健康保険協会島根支部宛に提出すること。記載誤り及び記載漏れ押印漏れ又は判読不能なものは無効とする。
- (3) 提出した書類の差し替え、変更及び取り消しをすることはできない。
- (4) 前記3に示した競争参加資格のない者の見積書は無効とする。
- (5) 契約の相手方の決定方法

本公告に示した業務を履行できると全国健康保険協会島根支部長が判断した競争参加者であって、見積書を提出期限内に提出し、最低価格をもって有効な見積書を提出した者を契約の相手方とする。

- (6) 見積競争の結果、契約の相手方に決定した者にのみ令和7年1月17日（金）17時までに電話で連絡することとする。なお、見積結果については当協会ロビーに掲示する。
- (7) 手続きにおける交渉の有無 無

【 参考 】

全国健康保険協会会計細則 一抜粋一

第30条 総務部長等は、次の各号のいずれかに該当する者を競争に参加させることができない。

- (1) 契約を締結する能力を有しない者。ただし、未成年、被保佐人及び被補助人であって、契約締結のために必要な同意を得ている者を除く。
- (2) 破産者で復権を得ない者。
- (3) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に掲げる者。

第31条 総務部長等は、次の各号のいずれかに該当すると認められる者を、その事実があった後3年以内の期間を定めて競争に参加させないことができるものとする。

- (1) 契約の履行にあたり故意に工事若しくは製造を粗雑にし、又は物件の品質若しくは数量に関して不正の行為をした者
- (2) 公正な競争の執行を妨げた者又は公正な価格を害し、若しくは不正の利益を得るために連合した者
- (3) 落札者が契約を結ぶこと又は契約者が契約を履行することを妨げた者
- (4) 監督又は検査の実施にあたり、職員の職務の執行を妨げた者
- (5) 正当な理由がなく契約を履行しなかった者
- (6) 契約に関する調査にあたり虚偽の申し出をした者
- (7) 前各号のいずれかに該当する事実があったことにより3年以内の期間を定めて競争に参加させないこととされている者を、その期間、代理人、支配人その他の使用人として使用した者

2 総務部長等は、前項の規定に該当する者を入札代理人として使用する者についても競争に参加させないことができる。

3 第1項の適用を受けるものに関する事務の取扱いについては、別に定めるところによる。

仕様書送付依頼書

(労働局との連名による受診勧奨等周知チラシの作成業務委託)

標記案件に係る仕様書を以下の住所にお送りください。

【送付先】

法人名または商号（必須）： _____

担当者名（必須）： _____

郵便番号： _____

住所： _____

電話番号（必須）： _____

F A X 番 号 : _____

依頼先

全国健康保険協会島根支部 企画総務グループ 契約担当者宛

F A X : 0 8 5 2 - 5 9 - 5 3 5 4