

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10日

全国健康保険協会静岡支部
支部長 安田 剛

1 企画競争に付する事項

令和8年度 事業所訪問等による特定保健指導の勸奨及び特定保健指導業務委託

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、東海・北陸地域の競争参加資格を有する者であること。
もしくは、前述の資格を有していない場合は、企画総務部長が必要な資格としないと認める者であること。
- (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) 以下のいずれかの条件を満たしていること。
 - ① プライバシーマーク、ISO/IEC 27001、JISQ 27001のいずれかの認証を取得している者であること。
 - ② 令和7年度全国健康保険協会管掌健康保険被保険者に対する特定保健指導受託機関であること。

3 契約候補者の選定

仕様書、業務委託実施要領及び企画競争説明書に基づき提出された企画書等について評価を行い、静岡県内の各地域（東部・中部・西部）それぞれ契約候補者一者を選定する。

4 企画競争説明書等を交付する日時及び場所

- (1) 日 時 令和8年2月10日(火)～令和8年2月27日(金)12時00分
- (2) 場 所 〒420-8512
静岡県静岡市葵区呉服町1-1-2 静岡呉服町スクエア
全国健康保険協会静岡支部企画総務グループ 担当：新行内
電話(代表)054-275-6601(自動音声案内2番→4番)

5 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FAX(A4、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」(契約に関すること)
- (2) 受付期間 令和8年2月20日(金)17:00まで
- (3) 回 答 令和8年2月25日(水)までに電話又はFAXにて回答する。

6 企画書等の提出期限等

- (1) 提出期限 令和8年2月27日(金)12時00分
- (2) 提出先 4(2)に同じ
- (3) 提出方法 持参又は郵送(必着)とする。郵送の場合は、追跡可能な方法により送付すること。

7 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8年3月4日(水) 時間は後日お知らせする。
- (2) 場所 4(2)に同じ。なお、Zoomでの参加も可とする。

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 予算について

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、認可が受けられない場合は、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こと。

10 その他

- (1) 当該業務の全部又は主体部分を一括して第三者に請け負わせてはならない。
- (2) その他の詳細は企画競争説明書、仕様書及び業務委託事務処理要領による。

【本件担当、連絡先】

住所：静岡県静岡市葵区呉服町1-1-2 静岡呉服町スクエア

担当：(契約に関すること) 企画総務グループ 新行内

電話：054-275-6601(自動音声案内2番→4番)

(仕様書等に関すること) 保健グループ 溝口、飯田

電話：054-275-6601(自動音声案内2番→2番)

FAX：054-275-6609

企画競争説明書等送付依頼書

(調達件名) 令和8年度 事業所訪問等による特定保健指導の勧奨及び特定保健指導業務委託

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： _____ FAX： _____

依頼先

全国健康保険協会静岡支部
企画総務グループ 契約担当者宛

FAX : 054-275-6609