

様式第1号

委託発注表（希望型指名競争入札）

所管課（事業所）名：保健福祉局医療衛生部健康保険課

業 種	委 託 名	委 託 場 所
印刷	令和6年度後期高齢者医療保険料額変更決定通知書等作製及び封入業務委託	健康保険課職員が指定する場所
委 託 概 要		委 託 期 間
後期高齢者医療保険料の変更決定通知に用いる帳票等の作製及び封入を行う。 (1) 帳票の作製 連続帳票 1セットの仕上がりサイズ 縦4.5インチ×横9インチ ア 2連帳票 (9インチ) 8,500枚 (帳票) 変更決定通知書・納入通知書 イ 6連帳票 (27インチ) 9,500枚 (帳票) 変更決定通知書・納入通知書・納付書 (2) 送付用封筒の作製 9,000枚 (3) 帳票 (決定通知書・納入通知書・納付書) への印字 (4) 案内文書作製及び折加工 9,000枚 (5) 封入封緘予定数 ア 2連帳票 約8,000部 イ 6連帳票 約9,000部 (6) 封入封緘の実施回数 8回 (7月～2月) (7) 入札金額は総額とし、契約は総価及び単価契約とする ※金融機関等でのOCR読み取りテスト等が必要になることがあります。		契約日～令和7年2月28日
資 格 要 件		
1 令和6,7年度千葉市入札参加資格者名簿（物品、委託）に業種が印刷・製本またはその他委託で登録している市内業者 2 地方自治法施行令第167条の4の規定に該当しない者で、保健福祉局業務委託希望型指名競争入札実施要綱第3条の各号のいずれにも該当しない者 3 平成31年度から令和5年度までに同種業務の履行実績を有すること。（実績を示す関係書類（契約書の写し等）の提出を求めます。） 4 プライバシーマーク、情報セキュリティマネジメントシステムに係る国際規格の認証およびその他個人情報の保護に関する認証を取得していること。（実績を示す関係書類（登録証の写し等）の提出を求めます。）		

- 1 受付期間 令和6年5月10日（金）～令和6年5月16日（木）
午前9時～午後5時
- 2 受付場所 千葉市中央区千葉港1-1 千葉市役所高層棟9階
問合せ先 保健福祉局医療衛生部健康保険課 電話 043-245-5170
- 3 申込用紙 希望型指名競争入札参加申請書（要綱様式第2号）を使用すること。
- 4 その他 「希望型指名競争入札制度の手引き」を事前に確認すること。