（様式第１号）

熊本県後期高齢者医療医療費通知

作成等業務についての一般競争入札参加申請書

平成　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大　西　一　史　 様

（申 請 者）

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　 実印

熊本県後期高齢者医療医療費通知作成等業務についての一般競争入札に参加したく、関係書類を添えて申請します。

なお、申請書及び関係書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

また、下記のいずれかに該当したときは、入札参加資格の取消しをされても何ら異議の申し立てをしません。

記

１．地方自治法施行令第167条の4第1項の規定に該当する者

２．その他入札参加者としてふさわしくない行為のあった者

（様式第２号）

使 用 印 鑑 届

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大　西　一　史　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 実印 | 使用印 |
|  |  |

上記の印鑑は、熊本県後期高齢者医療医療費通知作成等業務について、次の行為に対し使用したいのでお届けします。

1. 一般競争入札参加資格審査申請その他各種届け出をすること

2. 見積又は入札すること

3. 契約を締結すること

4. 契約代金の請求及び受領すること

5. 契約に関する各種証明をすること

平成　　年　　月　　日

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　 実印

（様式第３号）

会 社 経 歴 書

所 在 地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　実印

設立年月日

資本金

総職員数

過去５年以内の国または地方公共団体における医療費通知等の受託契約実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 契　約　者 | 契約期間 | 業　務　名 | 契約金額（千円） |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |
|  | ～ |  |  |

※主なもの10件（受託実績が10件以内の場合は、全件）を記載してください。

記入責任者

氏名

電話　　 （　　 ）

E-mailアドレス

審査結果の返送先

住所〒

宛名

電話 　　（　　 ）

（様式第４号の１）

委 任 状

平成　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大　西　一　史　　様

申請者 所在地

商号又は名称

代表者職・氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　実印

熊本県後期高齢者医療医療費通知作成等業務に関し次の者を代理人と定め、下記のとおり権限を委任します。

代理人 事業所所在地

商号又は名称

職・氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

（委任事項）

1. 一般競争入札参加資格審査申請その他各種届け出について

2. 見積又は入札について

3. 契約の締結について

4. 契約代金の請求及び受領について

5. 契約に関する各種証明事項について

※委任しない事項については削除すること

（様式第４号の２）

委 任 状

平成　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大　西　一　史　　様

委任者　所在地

商号又は名称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

熊本県後期高齢者医療医療費通知作成等業務の入札に関し次の者を代理人と定め、権限を委任します。

受任者　職名

氏名 　　　　　　　　　　　　　印

（様式第５号）

役員等名簿及び照会承諾書

平成　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大　西　一　史　　様

住　所

商号又は名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の役員等名簿に相違ないことを誓約するとともに、この名簿に記載した者について、熊本県後期高齢者医療広域連合が締結する契約等からの暴力団等排除に伴い熊本県警察本部に照会することを承諾します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 役職 | 　 | 住　所 | 生年月日 | 性別 |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |

※　記載する前に、裏面の注意事項をお読み下さい。

（様式第５号裏面）

【注意事項】

１　氏名、住所等、この書面に記載されたすべての個人情報は、熊本県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（平成19年条例第20号）の規定に基づいて取り扱うものとし、熊本県後期高齢者医療広域連合が締結する契約等からの暴力団等排除のための措置以外の目的には使用いたしません。

熊本県後期高齢者医療広域連合がこれらの情報をもとに熊本県警察本部（以下「警察本部」といいます。）から取得した個人情報についても同様です。

２ この書面には、次に該当する者を記載してください。なお、氏名は、正確な字体で記載してください。

（１）株式会社（特例有限会社を含む。）については、取締役（代表取締役を含む。）、執行役（代表執行役を含む。）、会計参与及び監査役

（２）合名会社又は合同会社については、社員

（３）社団法人又は財団法人については、理事、監事及び会計監査人

（４）（１）から（３）に掲げる法人以外の法人については、（１）から（３）に掲げる役職に相当する地位にある者

（５）法人格を有しない団体については、代表者及び団体の規約において重要な意思決定に直接関与することとされる者

（６）個人については、その者

（７）次に該当する場合は、（１）から（６）に掲げる者のほか、次の者

ア 支配人をおく場合は、支配人

イ 支店長、営業所長その他の者に契約事務を委任する場合については、支店長又は営業所長その他の者

（８）当該法人が会社更生法（平成14年法律第154号）の規定による更生手続又は民事再生法（平成11年法律第225号）の規定による再生手続中である場合は、（１）から（７）までに掲げる者のほか、管財人

３ この書面の記載にあたっては、対象者すべての同意を得てください。

（様式第７号）

質　問　書

平成　　年　　月　　日

業務名：熊本県後期高齢者医療医療費通知作成等業務

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 質　問　事　項 |  |
| 質　問　理　由 |  |

（様式第８号）

記 載 事 項 変 更 届

平成　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大　西　一　史　　様

所在地（住所）

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　実印

熊本県後期高齢者医療医療費通知作成等業務についての一般競争入札参加申請書及び添付書類の記載事項について、下記のとおり変更したので届けます。

なお、この変更届の記載事項については、事実と相違ないことを誓約します。

記

1 変更事項

2 変更前

3 変更後

4 変更年月日　平成　　年　　月　　日

5変更理由等

（様式第９号）

入　札　書

平成　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大　西　一　史　　様

所 在 地

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の金額で受託いたしたく、入札説明書等に掲げる事項について承諾のうえ、入札いたします。

記

件名：熊本県後期高齢者医療医療費通知作成等業務

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 億 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）金額は、契約希望金額の100／108に相当する額である（いわゆる税抜き価格）。

金額を訂正しないこと。

金額記載の文字はアラビア数字とし、金額の頭に￥記号をつけること。

代理人をもって入札する場合は、当該代理人の氏名の記載及び押印を行うこと。

（様式第10号）

見　積　書

平成　　年　　月　　日

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

業務名：熊本県後期高齢者医療医療費通知作成等業務

見　積　価　格　　　　　　　　　　　　　　　円

消　費　税　等　　　　　　　　　　　　　　　円

見積金額合計　　　　　　　　　　　　　　　　円

見　積　明　細

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 業　　務　　名 | プログラム開発・変更料（A） | 単　価　　　　（B） | 件　　数 　　　（C） | 回数　　　　（D） | 金　　　額　　　　　　　（E＝B×C×D） | 合　　　計　　　　　　　　　（F=A＋E） |
| ① | 医療費通知（プリント・加工・局出し等） |  |  | 280,000 | 3 |  |  |
| ② | 台紙 | 　 |  | 280,000 | 3 |  |  |
| ③ | 外字変換・登録及び追加 |  |  | ― | 3 |  |  |
| 　 | 合 計 |  | 　 |  |  |  |  |

（注）見積書（様式第10号）の見積価格は、入札書（様式第９号）の入札金額と同額とすること。

（様式第11号）

入　札　辞　退　届

平成　　年　　月　　日

熊本県後期高齢者医療広域連合

広域連合長　　大　西　一　史　　様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　 印

下記の入札案件について、都合により入札参加を辞退します。

記

１ 入札日　平成　　年　月　日(　)

２ 件　　名　熊本県後期高齢者医療医療費通知作成等業務

３ 辞退理由

(注意)

辞退届の提出により、今後、不利益な取扱いを受けることはありません。