

(様式第1号)

プロポーザル参加表明書

平成 年 月 日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 原田英之 様

住 所

申請者 名 称

代表者職氏名 印

平成 28 年度第 18 号はり・きゅう及びあん摩・マッサージ施術療養費支給申請書内容点検業務について、企画提案（プロポーザル）に参加を表明します。

なお、本プロポーザルにおける参加資格要件を全て満たしていること及び添付資料の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

連絡先

〒420-0851

静岡県静岡市葵区黒金町 59 番地の 7

ニッセイ静岡駅前ビル 3 階

静岡県後期高齢者医療広域連合 医療給付室

TEL : 054-270-5530 FAX : 054-272-3312

E-mail : jimukyoku@shizuoka-ki.jp

会 社 概 要 書

平成 年 月 日

1. 会社概要

提 案 者	名 称	連 絡 担 当 者	所 属
	所 在 地		役職・氏名
	ホームページアドレス		電話番号(内線)
			F A X
			E-mail
設立年月		資本金(円)	
年間売上金(円)		従業員数(人)	
支社(支店)		関連会社	
会社の特色 認証取得等 (例) ISO27001/ISMS、 プライバシーマーク			
担当するサービス拠点	住 所		
	名 称		

2. 従業員の資格取得状況

資 格 名 称	人 数

業 務 実 績 書

過去3年間に、他の自治体又は保険者におけるはり・きゅう及びあん摩・マッサージ施術療養費支給申請書の内容点検業務等を行った実績について契約年度順に記入してください。

発注者名	業務委託料	契約期間	業務名
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	
		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	

(添付書類)

業務委託した契約書写し (契約したことが分かるページの写しでも可とする)

提 案 書

平成28年度 第18号

はり・きゅう及びあん摩マッサージ施術療養費

支給申請書内容点検業務

平成 年 月 日

所 在 地

名 称

代表者氏名

印

提 案 書

平成28年度 第18号

はり・きゅう及びあん摩マッサージ施術療養費

支給申請書内容点検業務

提 案 書

○ 業務経験等について

- ・ これまでに従事した点検業務
- ・ 点検業務の従事体制等

提 案 書

○ 業務内容について

- ・ 申請書等の画像検索システム構築及び画像検索データ化
- ・ 申請書等の内容点検
- ・ 被保険者照会、啓発文書作成、申請書の返戻等

提 案 書

- 個人情報管理について
 - ・ 申請書等の受渡し
 - ・ 申請書情報等の管理体制

提 案 書

- その他の提案
 - ・ 業務全体に対するその他提案

見積書

数量：枚・通、単価・金額：円

	項目	数量	単価	金額
1月当りの費用額	画像スキャン、データ作成	6,500		
	内容点検	6,500		
	被保険者照会・啓発文書送付等	200		
	合計（税抜）			

見積金額 **¥** —

(ただし、消費税及び地方消費税の額又はこれらの相当額を除く)

- ※単価、金額の欄に記入してください。
- ※見積金額は1月当りの費用額の合計×18月を記入してください。
- ※見積金額は 例：¥123,000— と記入してください。