

(案)

標準共済システムに対する 高額療養費制度改正対応に係る調査の委託 応募要領

- 第1 事業名
標準共済システムに対する高額療養費制度改正対応に係る調査の委託
- 第2 事業実施の目的及び概要
- 1 事業実施の目的
標準共済システムの高額療養費制度改正対応等のための改修事前調査を行うことを目的としています。
 - 2 事業の概要
本事業の概要は、次のとおりです。
 - (1) 仕様書 別紙1「調査事項等について」に記載された改修のための事前調査
 - (2) プロジェクト管理等
 - (3) その他
なお、詳細については、別に配付する「仕様書」を参照すること。
- 第3 事業の対象となる標準共済システム
改修のための事前調査を行う標準共済システムの概要は次のとおりです。
- 1 基本プログラム
厚生労働省第二共済組合ほか18共済組合が平成29～令和2年度において設計・開発した標準共済システムであり、令和2年10月から総務省共済組合において導入している。
なお、現在、標準共済システムのマイグレーションによる標準共済システム(第三世代)の開発をすすめており、令和8年8月より段階的に移行する予定である。
 - 2 設計・開発の受託者
株式会社NTTデータが平成29～令和2年度に受託したものである。
 - 3 著作権
厚生労働省第二共済組合ほか18共済組合が保有する。
- 第4 応募資格
本事業に応募できる者は、次のすべてに該当する者とします。
- 1 予算決算及び会計令(昭和22年勅令第165号)第70条の規定に該当しない者であること。
なお、未成年者、被保佐人又は被補助人であって、契約締結のために必要な同意を得ている者は、同条中、特別の理由がある場合に該当する。
 - 2 予算決算及び会計令第71条の規定に該当しない者であること。
 - 3 令和07・08・09年度厚生労働省競争参加資格(全省庁統一資格)の「役務の提供等」で「A」の等級に格付けされ、関東・甲信越地域の資格を有する者であること。
 - 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り、適正な契約の履行が確保される者であること。
 - 5 警察当局から、暴力団又は暴力団員が実質的に経営を支配する事業者又はこれに準ずる者として、国発注業務等からの排除要請があり、当該状態が継続してい

る者でないこと。

- 6 第3の「事業の対象となる標準共済システム」に精通し、発注者からの問い合わせ等に対して迅速かつ確実に対処できる者であること。

第5 契約期間

契約期間は、契約締結日から令和8年10月31日（土）までとします。

なお、契約は、厚生労働省第二共済組合ほか18共済組合と契約候補者との間で協議が調い次第締結します。

第6 参加表明書に関する事項

本事業への参加を希望する者は、参加表明書（別紙1）を作成し、令和8年6月25日（木）17時00分までに、第7の2及び3に持参又は郵送で提出して下さい。

なお、郵送により提出する場合は、期間内必着とします。

第7 応募に係る説明会の開催等

本事業に関する説明会は実施しません。ただし、応募要領、仕様書の配付及び応募を希望する者からの質問等の受付については、次の期間、日時及び場所において行います。

1 日時：①応募要領及び仕様書の配付期間

令和8年6月12日（金）から令和8年6月25日（木）

10時00分から12時00分及び13時00分から17時00分

（閉庁日を除く。）

②質問の受付期間（質問書（別紙2）を作成し提出して下さい）

令和8年6月12日（金）から令和8年6月18日（木）

10時00分から12時00分及び13時00分から17時00分

（閉庁日を除く。）

③質問の回答期間

令和8年6月24日（水）から令和8年6月25日（木）

10時00分から12時00分及び13時00分から17時00分

2 場所：東京都千代田区霞が関1-2-2 厚生労働省第二共済組合

電話 03-5253-1111（内線2647、2669）

3 担当：當間、塩野

第8 その他

応募者が複数となった場合には、競争性があることから一般競争入札によることとなりますので、別途、公告します。

別紙1

年 月 日

〇〇共済組合本部長 殿

住所

商号又は名称

代表者氏名

印

標準共済システムに対する高額療養費制度改正対応に係る調査の委託
参加表明書

標準共済システムに対する高額療養費制度改正対応に係る調査の委託に係る公募
について、参加することを表明します。

なお、応募に関する担当者は下記のとおりです。

記

(担 当 者)

所属・役職

担当者氏名

電話番号

F A X 番号

別紙2

質 問 書

件名：標準共済システムに対する高額療養費制度改正対応に係る調査の委託

年 月 日

会社名		
連絡先	担当者名	TEL FAX
質 問		
回 答		