

公募型企画プロポーザル参加申請書

【様式1】

令和 年 月 日

大阪市福祉局長 向井 順子 様

住所又は事務所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者氏名

次の業務にかかる公募型企画プロポーザルに参加したいので、資料を添えて申し出ます。  
なお、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。

記

1 業務名称

生活保護法医療扶助等診療報酬明細書点検・分析事業長期継続（概算契約）

2 公募型企画プロポーザル参加申請関係書類

- |   |     |
|---|-----|
| <input type="checkbox"/> ①公募型企画プロポーザル参加申請書（本様式）   | 1 部 |
| <input type="checkbox"/> ②事業の受託実績調書（所定様式有）  | 1 部 |
| <input type="checkbox"/> ③企画提案書（うち1部には押印必要）   | 9 部 |
| <input type="checkbox"/> ④企画提案書（業者名の特定できないもの）   | 3 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑤見積書（所定様式有）  | 1 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑥申請内容確認書（実印押印要）（所定様式有）   | 1 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑦印鑑証明書又は印鑑登録証明書（提出日前3か月以内に発行：写し不可）   | 1 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑧使用印鑑届（所定様式有）  | 1 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑨税務署が発行する消費税及び地方消費税の納税証明書<br>（提出日前3か月以内に発行されたもの、写し可）<br>営業が2年未満の者もしくは非課税で本証明書が提出できない場合は、<br>その旨を記載した理由書を提出すること。  | 1 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑩最近2か年度分の市町村民税及び固定資産税の納税証明書<br>（提出日前3か月以内に発行されたもの、写し可）<br>営業が2年未満の者もしくは非課税で本証明書が提出できない場合は、<br>その旨を記載した理由書を提出すること | 1 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑪会社概要（業者名の特定できるもの）   | 9 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑫会社概要（業者名の特定できないもの）  | 3 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑬一般財団法人日本情報経済社会推進協会（JIPDEC）が認定する<br>プライバシーマーク制度の認定を受けていること、または<br>ISO/IEC27001、JIS Q 27001 の認証を受けていることが証明できる書類   | 1 部 |
| <input type="checkbox"/> ⑭個人情報の保護に関する内部規定   | 1 部 |

※ただし、⑦、⑧、⑨、⑩の書類については、「令和7・8・9年度本市入札参加資格者名簿に登録している者」に該当する場合は、省略できるものとする。

3 連絡先

所 属 名

担 当 者 名

電 話 番 号

メールアドレス

公費負担医療又は健康保険のレセプト内容点検事業の受託実績調書

令和4年4月1日から令和8年1月31日までの期間（履行中を含む）における実績を、継続して受託していることがわかるように記載すること。

また、契約書の写しを添付すること。

契約名称		契約期間	契約相手先
1		年 月 日 ～ 年 月 日	
2		年 月 日 ～ 年 月 日	
3		年 月 日 ～ 年 月 日	
4		年 月 日 ～ 年 月 日	
5		年 月 日 ～ 年 月 日	

以上、相違ありません。

令和 年 月 日

住所又は事業所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者名

「各単価額の提案及び出来高以外の見積額」について  
 ※以下のシートに単価を設定し、単価額を提案してください。  
 なお、単価については税抜額を記載してください。

【各単価の提案及び出来高以外の見積額(単年度)】

	費目（内訳）等	単価	数量	金額	備考
1	資格審査を行ったレセプト等に係る事後処理業務	円	11,500 件	0 円	
2	レセプトの内容点検及び支払基金への再審査請求業務(生活保護等)	円	3,774,000 件	0 円	314,500件×12月
3	レセプトの内容点検及び支払基金への再審査請求業務(自立支援医療等)	円	876,000 件	0 円	73,000件×12月
4	指定医療機関個別指導に係るレセプト分析業務(生活保護)	円	24 回	0 円	
5	指定医療機関個別指導に係るレセプト調査業務(生活保護)	円	12 月	0 円	
6	支払基金からの返付依頼書による返戻作業(自立支援等)	円	5,400 件	0 円	450件×12月
7	原本管理台帳の作成(自立支援等)	円	12 月	0 円	
8	診療報酬予測分析業務(生活保護)	円	1 式	0 円	
9	被保護者健康管理支援事業に係る分析業務(生活保護)	円	1 式	0 円	
10	発注者システムへの取込用データ作成業務(自立支援等)	円	12 月	0 円	
	小計			0 円	
	消費税等の額			0 円	
	見積額合計			0 円	

※出来高以外業務委託料（予定総額）上限額	217,470,000 円
----------------------	---------------

出来高以外業務委託料（予定総額）見積額	0 円
---------------------	-----

## 「出来高の見積額」について

※以下のシートに、企画提案書で提案した単価及び割合（目標値を全て達成したものと仮定した数値）をC列に記載してください。

なお、**単価については税込額を記載**してください。

## 【出来高の見積額(単年度)】

	費目（内訳）等	単価(税込)／割合	数量	金額	備考
1	再審査請求率及び返戻・査定率 目標値達成時の出来高額 (生活保護等)	円	175,000 件	0 円	
2	再審査請求率及び返戻・査定率 目標値達成時の出来高額 (自立支援等)	0.0 円	30,000 件	0 円	
3	査定額及び返戻額 目標値達成時の出来高額 (生活保護等)	%	230,000,000 円	0 円	
4	査定額及び返戻額 目標値達成時の出来高額 (自立支援等)	0 %	##### 円	0 円	
見積額合計				0 円	

【参考】 出来高額以外の見積額＋出来高額（単年度）

0 円

※ 業務委託料（予定総額） 提案額

0 円

# 申請内容確認書

【様式4】

令和 年 月 日

大阪市福祉局長 向井 順子 様

以下の内容について申請します。

本店住所

商号又は名称

代表者役職・氏名

支店又は営業所の所在地

名 称

受任者役職・氏名

【業務名称】「生活保護法医療扶助等診療報酬明細書点検・分析事業長期継続（概算契約）」

## 【誓約事項】

貴市における公募型企画プロポーザル参加資格審査申請につき、次に掲げる事項に相違ないことを誓約します。

- ・ 地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 167 条の 4 の規定（契約を締結する能力を有しない者及び破産者で復権を得ない者）に該当しません。
- ・ 大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けていないこと及び同要綱別表に掲げるいずれの措置要件にも該当しません。
- ・ 参加申請時において、大阪市競争入札参加停止措置要綱に基づく停止措置を受けていません。
- ・ 参加申請時において、引き続いて 1 年以上営業等を行っており、かつ消費税及び地方消費税並びに市町村民税及び固定資産税を完納しています。
- ・ 個人情報の保護に関する内部規定を設けています。
- ・ 毎月提供されるレセプトデータ（月約 2 G B）を蓄積できる環境があります。
- ・ 安全にレセプトデータを保存できる環境（災害時のバックアップ等）があります。
- ・ 社員に対して個人情報保護に関する研修を実施しています。
- ・ 本事業の主旨を十分に理解したうえで委託事業を実施します。
- ・ 令和 5 年 2 月 1 日から令和 8 年 1 月 31 日までの期間において、継続して社会保険診療報酬支払基金が審査対象とする公費負担医療又は健康保険のレセプト内容点検事業を受託した実績を有しています。
- ・ 本事業を受託期間中は、並行して医療機関の請求事務を請け負いません。
- ・ 以上の誓約事項に相違があった場合は、公募型企画プロポーザル参加資格を取り消されても異議申し立てを行いません。また、大阪市契約関係暴力団排除措置要綱及び大阪市競争入札参加停止措置要綱による停止措置を受けた場合は、同要綱に基づく公表がされることに同意します。

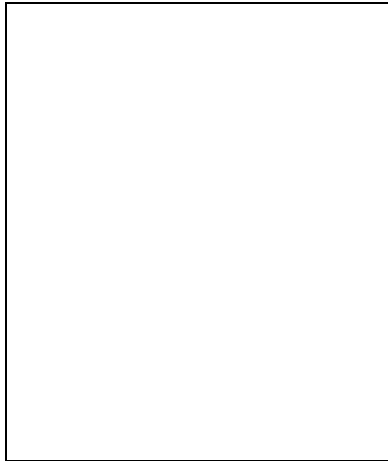
## 【委任事項】

前記、受任者を代理人と定め、貴市における契約について次のとおり権限を委任します。

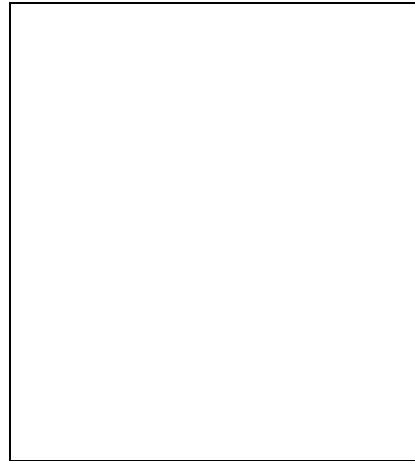
- ・ 公募型企画プロポーザル参加及び見積りについて
- ・ 契約の締結、変更及び解除について
- ・ 代金及び保証金の請求並びに受領について
- ・ 復代理人の選任及び解任について
- ・ 契約の履行に関する保証契約の締結について

使 用 印 鑑 届

【様式5】



実 印



使 用 印

※使用印は役職名又は氏名等が表示されたものに限りません。

契約の締結、代金の請求及び領収その他契約事務一切に関し上記印鑑を使用します。

令和     年     月     日

大阪市福祉局長   様

住所又は事業所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者名