**申請書類チェックシート**

（　沖縄県立病院個人負担分医業未収金データ整理業務企画提案公募　）

※提出書類について提出漏れ、記入漏れがないか、チェックのうえご提出ください。

※申請書類チェックシートは、下記提出書類と一緒に１部提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事前に確認が必要なこと | □応募資格（公募要領　６）を満たしているか□各種資料・捺印等はすべて整っているか |
| 提出書類 | **提出書類　（正本１部、写し６部）**□　企画提案応募申請書（様式２）□　企画提案書（任意様式）□　会社概要書（様式３）添付書類：定款、国・県の納税証明書直近２年間分の決算報告書又は財務諸表□　業務実績書（様式４）□　見積書（任意様式）□　登記簿謄本□　法令遵守に関する書類（個人情報取扱指針等）（任意様式）□　誓約書（様式５）□　労働保険に加入していることが確認できる書類□　健康保険・厚生年金保険に加入していることが確認できる書類□　社会保険に加入義務がないことについての申出書（加入義務がない場合）（様式６） |

［様式１］

質　問　書

　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **公募要領等の項目** | **質　問　内　容** |
| 例 | ９提出書類（２）－ウ－（イ） | 〇〇〇 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

【当該質問に係る担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 会社名 |  |
| 代表者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 電子メール |  |

［様式２］

受付番号

沖縄県立病院個人負担分医業未収金データ整理業務

企画提案応募申請書

　みだしのことについて、応募します。

　　年　　月　　日

沖縄県病院事業管理者

　　病院事業局長　本竹　秀光　殿

提出者

住　　所

会 社 名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　印

連絡担当者

所属・職・氏名

電話番号

ＦＡＸ

E-mail

［様式３］

会 社 概 要 書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 商号または名称 |  |
| ２ | 本社所在地 |  |
| ３ | 代表者名 |  |
| ４ | 創設年（診療報酬請求に係る業務年数） | 　　　　　　　年　（　　　　年） |
| ５ | 資本金 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ６ | 従業員数（正社員） | 　　　　　　　　　　　　　　　名 |
| ７ | 本業務に係る実績者の氏名、年齢、件数、実績年数 | 氏名 | 年齢 | 件数 | 実績年数 |
|  |  |  | 年　　ヵ月 |
|  |  |  | 年　　ヵ月 |
|  |  |  | 年　　ヵ月 |
|  |  |  | 年　　ヵ月 |
|  |  |  | 年　　ヵ月 |
| 実績年数が高い従業者順に上から記載すること。 |
| ８ | 業務内容 |  |

［様式４］

業務実績書

対象業務：一般病床数200床以上の病院における未収金整理業務（令和３年４月１日以降）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 業務名称 | 病院名（契約相手方） | 設立主体 | 一般病床数 | 業務期間（年月） |
| １ |  |  |  |  |  |
|
| ２ |  |  |  |  |  |
|
| ３ |  |  |  |  |  |
|
| ４ |  |  |  |  |  |
|
| ５ |  |  |  |  |  |
|
| ６ |  |  |  |  |  |
|
| ７ |  |  |  |  |  |
|

［様式５］

誓　　約　　書

　「沖縄県立病院個人負担分医業未収金データ整理業務」企画提案公募への参加申請を行うにあたり、下記のことを誓約します。

記載日　　　　　　年　　月　　日

沖縄県病院事業管理者

　病院事業局長　本竹　秀光　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　印

電話番号

記

１　　地方自治法施行令第１６７条の４第１項の規定に該当しない者であること。

２　　県税、消費税及び地方消費税の滞納がないこと。

３　　本プロポーザル公告時点で、沖縄県から指名停止を受けている期間中ではないこと。

４　　会社更正法（平成14年法律第154号）又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき更正手続開始又は民事再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。

　５　　暴力団員による不当な行為の防止に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第２号に掲げる暴力団又は同条第６号に規定する暴力団員である役職員を有する者若しくはそれらの利益となる活動を行う者でないこと。

　６　　加入義務のある社会保険（労働保険、健康保険及び厚生年金保険）に加入し、保険料の滞納がないこと。

　７　　雇用する労働者に対し、最低賃金法（昭和34年法律第137号）に規定する最低賃金額以上の賃金を支払っていること。

　８　　労働関係法令を遵守していること。

（誓約書裏面）

（誓約事項８関係）

**主な労働関係法令**

（１）労働基準法（昭和22年法律第49号）

（２）労働契約法（平成19年法律第128号）

（３）最低賃金法（昭和34年法律第137号）

（４）雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律

　　　（昭和47年法律第113号）

（５）短時間労働者及び有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する法律（平成５年法律第76号）

（６）育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律

　　　（平成3年法律第76号）

（７）労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）

（８）労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律

　　　（昭和60年法律第88号）

（９）障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年法律第123号）

（10）労働組合法（昭和24年法律第174号）

（11）雇用保険法（昭和49年法律第116号）

（12）労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和44年法律第84号）

（13）健康保険法（大正11年法律第70号）

（14）厚生年金保険法（昭和29年法律第115号）

［様式６］

記載日　　　　　　年　　月　　日

**社会保険に加入義務がないことについての申出書**

沖縄県病院事業管理者

　病院事業局長　本竹　秀光　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 住所又は所在地

　　　　　　　　　 商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　 印

社会保険に加入義務がない理由は、下記のとおりです。

記

**１ 労働保険に加入義務のない理由**

（該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください）

□ 従業員がいないため（個人事業主で、事業主しかいない場合、または法人で取締役のみの事業所で構成される場合、等）

□ 出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため

□ その他（理由を枠内に記入してください）

※ 従業員を1 人以上使用しているすべての事業所に加入義務があります。

（詳細は、労災保険関係についてはお近くの労働基準監督署、雇用保険関係や被保険者となるかの

お問い合わせ等についてはお近くの公共職業安定所までご確認ください）

**２ 健康保険及び厚生年金保険に加入義務のない理由**

（該当する理由の□に「レ」を記入するか黒塗りしてください）

□ 常時使用する従業員が５人未満の個人の事業所のため

□ 出向者のみで構成されており、出向元で加入しているため

□ その他（理由を枠内に記入してください）

※ 法人の事業所の場合、または個人の事業所で常時５人以上の従業員を使用している場合は加入義務があります。（詳細はお近くの年金事務所までご確認ください）

＊上記理由を確認する書類の提出をお願いする場合があります。