

**和光市国民健康保険
診療報酬明細書内容点検業務委託に係る
公募型プロポーザル様式集**

参加申込書

和光市国民健康保険診療報酬明細書内容点検業務委託に係る公募型プロポーザルに
関係書類を添えて参加を申し込みます。

令和 年 月 日

和光市長 松本 武洋 へ

提出者

所在地	
商号又は名称	
代表者	①

連絡先担当者

住所	
所属	
氏名	
電話	
F A X	
E - mail	

会社概要書			
企業名			
所在地			
代表者名			
設立年月日		資本金	
売上高 (直近決算)			
会社沿革			
社員数、有資格者の人数等 (令和3年2月1日現在で記載してください。)			
事業内容			

※直近の法人の貸借対照表及び損益計算書の写しを添付すること

業務実績調書 (プロポーザル参加者における業務実績)

1	業務名	
	発注者名	
	発注者の被保険者規模	
	契約金額	(税込)
	履行期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	業務概要	
2	業務名	
	発注者名	
	発注者の被保険者規模	
	契約金額	(税込)
	履行期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	業務概要	
3	業務名	
	発注者名	
	発注者の被保険者規模	
	契約金額	(税込)
	履行期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	業務概要	

4	業務名	
	発注者名	
	発注者の被保険者規模	
	契約金額	(税込)
	履行期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	業務概要	
5	業務名	
	発注者名	
	発注者の被保険者規模	
	契約金額	(税込)
	履行期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	業務概要	
<p>備考</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 基準日は、令和3年2月1日現在としてください。 2 平成30年度から令和2年度の間、市区町村における業務実績を5件以内で記入し、5件に満たない場合は空欄としてください。 3 発注者の被保険者規模は、契約締結当初の被保険者数を記入してください。 4 業務実績について、契約書の写し1部（契約件名、契約金額、契約当事者が表記されている部分）を提出すること。 		

従事予定者調書

しめい 氏名		年齢	歳	実務経験年数	年	
本業務で担当する業務内容						
主な業務実績 (5件まで記入)						
業務名 (発注者名・発注者の被保険者規模)		業務概要		業務期間		立場
				～	年 月 年 月	
				～	年 月 年 月	
				～	年 月 年 月	
				～	年 月 年 月	
				～	年 月 年 月	

備考

- 1 基準日は、令和3年2月1日現在としてください。
- 2 実務経験年数は、レセプト点検分野における経験年数とし、1年未満は切り捨てて記入してください。
- 3 主な業務実績は、平成30年度から令和2年度の間、市区町村における業務実績を5件以内で記入し、5件に満たない場合は空欄としてください。
- 4 業務名（発注者の被保険者規模）は、契約締結当初の被保険者数を記入してください。
- 5 立場には、その業務における役割分担を記入してください。

令和 年 月 日

和光市長 松本 武洋 あて

所在地 _____
会社名 _____
質問に対する責任者名 _____
電話番号 _____
E-mail _____

質 問 書

和光市国民健康保険診療報酬明細書内容点検業務委託に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

質問事項