

【様式 1】

年 月 日

(あて先)

愛媛県立子ども療育センター 事務局 庶務係

E-mail : kodomo-ryoiku@pref.ehime.lg.jp

電話番号 : (089) 955-5530

愛媛県立子ども療育センター医事会計業務に係るプロポーザル質疑書

| 項 目 (書類名・ページ・項目など) | 質 問 |
|-----------------------|-----|
| | |
| | |
| | |

注) 提出後には必ず電話により受信確認を行ってください。

【担当者連絡先】 ※質問の内容等について確認する場合があります。

所在地 :

名 称 :

部署名 :

氏 名 :

電話番号 :

Fax 番号 :

E-mail :

【様式 2 - 1】

年 月 日

愛媛県立子ども療育センター
所長 若本 裕之 様

所在地：
名称：
代表者氏名：



参加申込書

下記業務に係るプロポーザルに参加したいので、資料を添えて申し込みます。
なお、地方自治法施行令第 167 条の 4 の規定に該当するものではないこと並び
に添付書類の内容について、事実と相違ないことを誓約します。

記

業務名：愛媛県立子ども療育センター医事会計業務

【担当者連絡先】

所属：
氏名：
電話番号：
Fax 番号：
E-mail：

【様式 2 -2】

同種・類似業務の履行実績

会社名： _____

| | | |
|------------------------|---------|-----------|
| 業務 の 実 績 等 | 業 務 名 | |
| | 発注機関名 | |
| | 履 行 場 所 | |
| | 履 行 期 間 | 年 月 ~ 年 月 |
| | 契 約 金 額 | 円 |
| 業 務 内 容 | | |

【作成要領】

1. 要領4参加資格(8)に定める実績要件(以下実績要件という。)の履行実績について記入すること。
2. 「業務の概要」欄には、実績要件を満たすとの的確に判断できるよう、できるだけ詳細に記入すること。

添付書類：履行実績を証する書類として、契約書、仕様書の写し等を添付すること

【様式 2 - 3】

配置予定の管理責任者

会社名： _____

| | | |
|---------------------|-------|--|
| 管理責任者の氏名 | | |
| 保有する資格 | | |
| 業務 経験 の 概要 | 業務名 | |
| | 発注機関名 | |
| | 契約金額 | |
| | 履行期間 | |
| | 業務概要 | |

【作成要領】

1. 要領4 参加資格（8）及び（9）に定める配置予定の管理責任者の保有資格、業務経験について記入すること。

添付書類：資格を有することを証する書類として、資格者証の写し、業務経験を証する書類として、契約書、仕様書の写し等を添付すること。

【様式2-4】

業務従事者配置名簿

会社名： _____

| 担当業務 | 氏名 | 年齢 | 経験年数 | 住所 | 備考 |
|------|----|----|------|----|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

※住所は、市町名までの記載で可とする。

【様式 3-1】

年 月 日

愛媛県立子ども療育センター
所長 若本 裕之 様

提 案 書 （ 表 紙 ）

「愛媛県立子ども療育センター医事会計業務プロポーザル実施療養及び仕様書」に基づき、企画提案書及び添付書類を提出いたします。

なお、地方自治法施行令第 167 条の 4 の規定に該当するものではないこと並びに提出書類の内容について、事実と相違ないことを誓約します。

(提出者) 住 所 :

名 称 :

代表者氏名 :



電 話 番 号 :

【様式 3 - 2】

会社名： _____

提 案 書

1. 医事業務体制

(1) レセプト処理業務の方法及びスケジュール

(2) 査定及び返戻への対策

(3) 保留レセプトの管理体制

(4) 未収金対策

(5) 子ども療育センター職員への情報提供

2. 研修・患者サービス体制

(1) 患者サービスの理念

(2) 意見・苦情への対応

(3) 個人情報の取り扱い

(4) 人材育成と業務の質の向上

3. 現場管理体制

(1) 従事者及び業務の管理・統括方法

(2) 災害時等非常時の業務体制

(3) 業務上のミスや事故の防止策、発生時の対応等、安全管理に対する取組

(4) 子ども療育センター職員との協力体制

【様式 3-3】

実 施 体 制

会社名： _____

各業務別の業務従事者配置数

※管理責任者を除いた人数等を記載すること。

※兼務とする場合は、〇〇業務と兼務と記載すること。

| 業務名 | 人数 (人) | 備考 |
|---------------|-----------|----|
| 1.外来受付業務 | | |
| 2.入院受付業務 | | |
| 3.会計受付業務 | | |
| 4.外来会計データ入力業務 | | |
| 5.入院会計データ入力業務 | | |
| 6.料金収納業務 | | |
| 7.未収金回収業務 | | |
| 8.電算管理業務 | | |
| 9.診療報酬請求業務 | | |
| 10.外来クラーク業務 | | |
| 11.その他業務 | | |

※備考欄には、経験年数や役割、立場等の各業務を遂行するにあたって考慮した点等を記載すること

【様式 3-4】

業 務 受 託 実 績

会社名： _____

医事会計業務受託実績

| 病院名 | 病床数 (床) | 期間 | 電子カルテ 導入病院 (該当の場 合に○) | 備考 |
|-----|------------|----|--------------------------------|----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

※過去 3 年間に日本国内の病院（100 床以上）において、3 年以上の医事会計業務受託の実績について記載すること。

【様式 3 - 5】

見 積 書

会社名： _____

| 区 分 | 委託料額 (円) | 備 考 |
|---------|----------|-----|
| 人件費 | | |
| 福利厚生費 | | |
| 教育研修費 | | |
| 一般管理費 | | |
| その他 () | | |
| その他 () | | |
| その他 () | | |
| 合 計 | | |

※1 上記の委託料額には、消費税及び地方消費税は含まないものとする。

※2 委託料合計が 48,402,720 円を超えない金額で提案すること。

※3 令和 5 年 10 月 1 日から令和 8 年 9 月 30 日までの 3 年間の金額を提案すること。

【様式4】

年 月 日

愛媛県立子ども療育センター
所長 若本 裕之 様

所在地：
名称：
代表者氏名：



辞 退 書

愛媛県立子ども療育センター医事会計業務プロポーザル実施要領に基づき参加申込書（又は企画提案書）を提出しましたが、都合により参加を辞退します。

【担当者連絡先】

所属：
氏名：
電話番号：
Fax 番号：
E-mail：