

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 上定 昭仁 様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

Ⓜ

下記の入札参加資格の確認を申請します。
なお、入札公告にある参加条件を全て満たしていることを誓約します。

記

件 名	被保険者証の送付用封筒の印刷(2割負担)
担当者等	(氏名) (TEL) (FAX)
添付書類	島根県、広域連合を構成する市町村又は他の後期高齢者医療広域連合の入札参加資格の認定を受けていることを証明する書類 (写)

上記の申請について、入札参加資格があるものと確認しました。

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 上定 昭仁 Ⓜ

記入例

入札参加資格確認申請書

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 上定 昭仁 様

住 所 島根県松江市殿町 1 番地

商号又は名称 カイケイ (株)

代表者氏名 代表取締役 会計 納 印

『島根県、広域連合を構成する市町村又は他の後期高齢者医療広域連合の入札参加資格審査』に申請し、登録された印鑑を使用してください。

下記の入札参加資格の確認を申請します。
なお、入札公告にある参加条件を全て満たしていることを誓約します。

記

件 名	被保険者証の送付用封筒の印刷(2割負担)
担当者等	(氏名) (TEL) (FAX)
添付書類	島根県、広域連合を構成する市町村又は他の後期高齢者医療広域連合の入札参加資格の認定を受けていることを証明する書類 (写)

上記の申請について、入札参加資格があるものと確認しました。

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 上定 昭仁 印

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 上定 昭仁 様

住 所

商号又は名称

代表者氏名

印

入札保証金免除申請書

島根県後期高齢者医療広域連合で発注される下記の業務の一般競争入札において、島根県後期高齢者医療広域連合財務規則第85条の規定により入札保証金の免除を受けたいので、申請します。

記

1 件名

被保険者証の送付用封筒の印刷（2割負担）

2 入札保証金の免除に該当する事由（ア又はイのいずれかに○をする。）

ア 島根県後期高齢者医療広域連合を被保険者とする入札保証金契約を締結したため
※履行保証保険証券を添付してください。

イ 過去2箇年の間に国又は地方公共団体と種類及び規模をほぼ同じくする契約を2回以上にわたって締結し、かつ、これらを全て誠実に履行しているため
※下表を記入の上、契約書の写しを添付してください。ただし、契約先が島根県後期高齢者医療広域連合の場合は、契約書の写しの添付は不要です。

種類	契約金額 (実績総額)	契約期間	契約先
	円	年 月 日から 年 月 日まで	
	円	年 月 日から 年 月 日まで	
	円	年 月 日から 年 月 日まで	
	円	年 月 日から 年 月 日まで	

記入例

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 上定 昭仁 様

住 所 島根県松江市殿町 1 番地

商号又は名称 カイケイ (株)

代表者氏名 代表取締役 会計 納 (印)

入札保証金免除申請書

島根県後期高齢者医療広域連合で発注される下記の業務の一般競争入札において、島根県後期高齢者医療広域連合財務規則第85条の規定により入札保証金の免除を受けたいので、申請します。

記

1 件名

被保険者証の送付用封筒の印刷 (2割負担)

2 入札保証金の免除に該当する事由 (ア又はイのいずれかに○をする。)

ア 島根県後期高齢者医療広域連合を被保険者とする入札保証金契約を締結したため
※履行保証保険証券を添付してください。

イ 過去2箇年の間に国又は地方公共団体と種類及び規模をほぼ同じくする契約を2回以上にわたって締結し、かつ、これらを全て誠実に履行しているため

※下表を記入の上、契約書の ください。ただし、契約先が島根県後期高齢者医療広域連合の場合 添付は不要です。

種類	契約金額 (実績総額)	契約期間	入札案件の契約期間 程度の契約が対象	約先
○○○	X, XXX, XX	○○○年○月○日から ○月○日まで		○○市
○○○	X, XXX, XXX, XXX 円	○○○年○月○日から ○○○年○月○日まで		○○事務組合

単価契約の場合は実績総額(税込)を記入

入札公告の業務の種類を記入

入札案件に係る見積額程度の契約が対象

契約終了日が過去2年間の間に含まれる契約が対象

特別地方公共団体も可

入 札 書

	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
入札金額									

(消費税及び地方消費税を含まない金額)

ただし、被保険者証の送付用封筒の印刷(2割負担)

上記のとおり、島根県後期高齢者医療広域連合財務規則及びその他仕様書等を承知のうえ入札します。

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 上定 昭仁 様

住 所 _____

商号又は名称 _____

氏 名 _____ (印)

記入例

第 回

第1回、第2回、第3回を記入してください。

入札書

入札金額	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円

(消費税及び地方消費税を含まない金額)

金額の頭に¥記号を付記のこと。

ただし、被保険者証の送付用封筒の印刷(2割負担)

上記のとおり、島根県後期高齢者医療広域連合財務規則及びその他仕様書等を承知のうえ入札します。

入札日を記入してください。

令和 年 月 日

島根県後期高齢者医療広域連合
広域連合長 上定 昭仁 様

広域連合の入札参加資格確認申請に使用した印鑑を押印のこと。

住 所 島根県松江市殿町1番地

商号又は名称 カイケイ(株)

氏 名 代表取締役 会計 納

(印)

入 札 辞 退 届

入札件名	被保険者証の送付用封筒の印刷(2割負担)
------	----------------------

上記については、都合により入札を辞退します。

令和 年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

印

島根県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 上定 昭仁 様

「入札辞退届」を広域連合へ郵送により
入札日の前日までに到着させること。

入 札 辞 退 届

入札件名	被保険者証の送付用封筒の印刷(2割負担)
------	----------------------

上記については、都合により入札を辞退します。

令和 年 月 日

広域連合の入札参加資格確認申請
に使用した印鑑を押印のこと。

住 所 島根県松江市殿町1番地

商号又は名称 カイケイ(株)

代表者職氏名 代表取締役 会計 納



島根県後期高齢者医療広域連合

広域連合長 上定 昭仁 様

