

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル様式集

様式第1号	公募型プロポーザル参加意思表明書
様式第2号	公募型プロポーザル参加辞退届
様式第3号	公募型プロポーザル提案書
様式第4-1号	業務の受託準備について【提案】
様式第4-2号	受託業者（本社、支社等）の支援体制について【提案】
様式第5-1号	診療報酬請求業務のチェック体制と精度向上について【提案】
様式第5-2号	診療報酬請求業務の請求漏れと算定率向上に向けた体制について【提案】
様式第5-3号	診療報酬請求業務の返戻、査定への対応について【提案】
様式第5-4号	診療報酬請求改定時の対応について【提案】
様式第6-1号	患者サービスの向上について【提案】
様式第6-2号	業務従事者の教育、資質向上および評価体制【提案】
様式第7-1号	管理者について【提案】
様式第7-2号	人員配置について【提案】
様式第8-1号	危機管理体制について【提案】
様式第8-2号	緊急時の対応、連絡体制について【提案】
様式第9号	個人情報保護の対応について【提案】
様式第10-1号	病院職員との協力体制について【提案】
様式第10-2号	病院経営改善の考え方について【提案】
様式第10-3号	その他の医事業務について【提案】
様式第11-1号	見積書
様式第11-2号	見積設計書
様式第12号	公募型プロポーザル質疑書

(宛先) 地方独立行政法人市立秋田総合病院
 理事長 伊藤 誠 司

参加者名

印

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル参加意思表明書（誓約書）

私は、市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル実施要領及び下記の事項を遵守し、参加の意思を表明します。

また、参加に当たり、実施要領に規定する参加者資格を満たすことを申し添えます。

なお、参加後において、参加者資格を有しないことが判明したとき及び参加者資格を有しなくなったときは速やかに貴職あてに申し出るとともに、受託事業者としての不選定や取消し等の処分を受けることがあっても、異議申立てをしないことを誓約します。

名称及び代表者	フリガナ	
連絡責任者	フリガナ	役職
	氏名	
住所又は所在地	〒	
電話番号	TEL	
	ファクシミリ番号 FAX	
電子メールアドレス		

(会社概要)

1 設立（創業）年月及び営業年数

(1) 設立（創業）年月

(2) 営業年数

2 資本金及び売上高

(1) 資本金

(2) 売上高

3 常勤従業員

区 分	技術関係職員	事務関係職員	その他の職員	合 計
従業員総数				

4 主たる取引先

主たる販売（契約先）	販売品目、業務

※必要に応じて欄を追加又は別紙として添付してください。

5 添付資料

パンフレット、その他関係資料

様式第2号

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル参加辞退届

令和 年 月 日

(宛先) 地方独立行政法人市立秋田総合病院
理事長 伊藤 誠 司

参加者名

印

令和 年 月 日付けで市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザルに参加したい旨、参加意思表明書を提出いたしましたが、下記の理由により辞退したいので届出いたします。

記

辞退理由：

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル提案書

令和 年 月 日

(宛先) 地方独立行政法人市立秋田総合病院
理事長 伊藤 誠 司

参加者名

印

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル提案書として、下記資料を提出いたします。

記

1 提案資料

様式第4-1号	業務の受託準備について
様式第4-2号	受託業者（本社、支社等）の支援体制について
様式第5-1号	診療報酬請求業務のチェック体制と精度向上について
様式第5-2号	診療報酬請求業務の請求漏れと算定率向上に向けた体制について
様式第5-3号	診療報酬請求業務の返戻、査定への対応について
様式第5-4号	診療報酬改定時の対応について
様式第6-1号	患者サービスの向上について
様式第6-2号	業務従事者の教育、資質向上及び評価体制について
様式第7-1号	管理者について
様式第7-2号	人員配置について
様式第8-1号	危機管理体制について
様式第8-2号	緊急時の対応、連絡体制について
様式第9号	個人情報保護の対応について
様式第10-1号	病院職員との協力体制について
様式第10-2号	病院経営改善の考え方について
様式第10-3号	その他の医事業務について
様式第11-1号	見積書
様式第11-2号	見積設計書

業務の受託準備について（提案）

市立秋田総合病院医事業務を受託に当たっての準備体制、スケジュール等について具体的な提案を記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

受託業者（本社、支社等）の支援体制について（提案）

受託業者の本社、支社等による支援体制、特に従事者の病休、退職などによる欠員に対して業務に支障が生じないための支援体制について具体的な提案を記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

診療報酬請求事務のチェック体制と精度向上について（提案）

診療報酬請求事務のチェック体制と精度向上への対応として、算定漏れ、算定誤り防止の取り組みについて具体的な提案を記入してください。
（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

様式第5－2号

診療報酬請求業務の請求漏れと算定率向上に向けた体制について（提案）

診療報酬請求業務の請求漏れと算定率向上に向けた体制について具体的な提案を記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

診療報酬請求業務の返戻、査定への対応について（提案）

診療報酬請求事務の返戻、査定への対応について具体的な提案を記入してください。
（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

診療報酬改定時の対応について（提案）

診療報酬改定時における受託業者の情報収集、研修などの計画及び体制等について具体的な提案を記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

患者サービスの向上について（提案）

待遇向上、苦情等への対応について、積極的かつ具体的な取り組み及び、管理、監査体制について具体的な提案を記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

業務従事者の教育、資質向上および評価体制について（提案）

業務従事者の教育や研修、資質向上の評価体制及び業務従事者に対する業務指導及び監査の考え方、取り組み、体制について具体的に記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

管理者について（提案）

総括管理者の資格及び経験について、具体的な提案を記入してください。

①配置する総括管理者の氏名等を記載すること。

氏名（フリガナ）	居住地 ※町名まで記載，番地は不要とする。	生年月日
		年 月 日 (歳)

②総括管理者の資格を記載すること。 ※取得予定等は認めない。

資格名	主催団体	取得年月日

③総括管理者の経歴を記載すること。

病院名	従事内容	従事期間
【記載例】 ●●県 △△市民病院	外来受付業務 レセプト処理業務	令和4年 4月 1日から 現在 まで (3年間)
		年 月 日から 年 月 日まで (年間)
		年 月 日から 年 月 日まで (年間)
		年 月 日から 年 月 日まで (年間)

④総括管理者の賞罰を記載すること。（賞罰がある場合のみ）

賞罰を受けた年月日	賞罰内容

管理者について（提案）

総括副管理者の資格及び経験について、具体的な提案を記入してください。

①配置する総括副管理者の氏名等を記載すること。

氏名（フリガナ）	居住地 ※町名まで記載，番地は不要とする。	生年月日
		年 月 日 (歳)

②総括副管理者の資格を記載すること。 ※取得予定等は認めない。

資格名	主催団体	取得年月日

③総括副管理者の経歴を記載すること。

病院名	従事内容	従事期間
【記載例】 ●●県 △△市民病院	外来受付業務 レセプト処理業務	令和4年 4月 1日から 現在 まで (3年間)
		年 月 日から 年 月 日まで (年間)
		年 月 日から 年 月 日まで (年間)
		年 月 日から 年 月 日まで (年間)

④総括副管理者の賞罰を記載すること。（賞罰がある場合のみ）

賞罰を受けた年月日	賞罰内容

人員の配置について（提案）

当院の各事業規模に対する人員配置について、及び業務従事者の配属条件、求める資質の考え方、取り組みについて具体的な提案を記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

危機管理体制について（提案）

危機管理体制について、具体的な提案を記入してください。
（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

緊急時の対応、連絡体制について（提案）

緊急時の対応、連絡体制、災害時のバックアップ体制について、具体的な提案を記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

個人情報保護の対応について（提案）

個人情報保護の対応について、具体的な提案を記入してください。
（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

病院職員との協力体制について（提案）

病院職員との協力体制に関する考え方、取り組みについて、具体的な提案を記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

病院経営改善の考え方について（提案）

病院経営改善の考え方、増収策などについて、具体的な提案を記入してください。
（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

その他の医事業務について（提案）

仕様書に記載がないその他の医事業務などに対する提案として、経営の改善に資するための提案かつ、見積金額の範囲内で実施できる具体的な提案を 1 項目以上記入してください。

（資料、データ等を活用しても差し支えありません。）

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル見積書

市立秋田総合病院医事業務委託料について、下記のとおり見積りいたします。

記

(単位：円)

項目	金額	備考
ア 統括管理業務		
イ 総合案内業務		
ウ 外来業務		
エ 休診日外来受付業務		
オ 夜間受付業務		
カ 文書作成業務		
その他の経費		
小計		
消費税(10%)		
合計		

※ この参考見積書には、契約期間中（令和7年4月1日～令和9年3月31日）に見込まれる経費の総額を記入してください。

※ 詳細については、備考欄へ記入してください。

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル見積設計書

ア 総括管理業務

【人的経費】※職名別に委託料月額単価が異なる場合は () 内に記載すること。

職名	人数 (名)	委託料月額単価 (円) (A)	委託料額 (円) (A×24ヶ月)
【記載例】 業務従事者 (リーダー、パート 等)	10	100,000円	2,00,000円
総括管理者			
総括副管理者			
業務従事者			
()			
()			
()			
()			
()			
計			
消費税 (10%)			
合計			(B)

【その他の経費】※その他の経費がある場合は記載すること。

内訳	金額 (円) 税込
合計 (C)	

【人的経費】 B + 【その他経費】 C	円
----------------------	---

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル見積設計書

イ 総合案内業務

【人的経費】※職名別に委託料月額単価が異なる場合は () 内に記載すること。

職名	人数 (名)	委託料月額単価 (円) (A)	委託料額 (円) (A×24ヶ月)
【記載例】 業務従事者 (リーダー、パート 等)	10	100,000円	2,00,000円
総括管理者			
総括副管理者			
業務従事者			
()			
()			
()			
()			
()			
計			
消費税 (10%)			
合計			(B)

【その他の経費】※その他の経費がある場合は記載すること。

内訳	金額 (円) 税込
合計 (C)	

【人的経費】 B + 【その他経費】 C	円
----------------------	---

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル見積設計書

ウ 外来業務

【人的経費】※職名別に委託料月額単価が異なる場合は () 内に記載すること。

職名	人数 (名)	委託料月額単価 (円) (A)	委託料額 (円) (A×24ヶ月)
【記載例】 業務従事者 (リーダー、パート 等)	10	100,000円	2,00,000円
総括管理者			
総括副管理者			
業務従事者			
()			
()			
()			
()			
()			
計			
消費税 (10%)			
合計			(B)

【その他の経費】※その他の経費がある場合は記載すること。

内訳	金額 (円) 税込
合計 (C)	

【人的経費】 B + 【その他経費】 C	円
----------------------	---

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル見積設計書

エ 休診日外来受付業務

【人的経費】※職名別に委託料月額単価が異なる場合は () 内に記載すること。

職名	人数 (名)	委託料月額単価 (円) (A)	委託料額 (円) (A×24ヶ月)
【記載例】 業務従事者 (リーダー、パート 等)	10	100,000円	2,00,000円
総括管理者			
総括副管理者			
業務従事者			
()			
()			
()			
()			
()			
計			
消費税 (10%)			
合計			(B)

【その他の経費】※その他の経費がある場合は記載すること。

内訳	金額 (円) 税込
合計 (C)	

【人的経費】 B + 【その他経費】 C	円
----------------------	---

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル見積設計書

オ 夜間受付業務

【人的経費】※職名別に委託料月額単価が異なる場合は () 内に記載すること。

職名	人数 (名)	委託料月額単価 (円) (A)	委託料額 (円) (A×24ヶ月)
【記載例】 業務従事者 (リーダー、パート 等)	10	100,000円	2,00,000円
総括管理者			
総括副管理者			
業務従事者			
()			
()			
()			
()			
()			
計			
消費税 (10%)			
合計			(B)

【その他の経費】※その他の経費がある場合は記載すること。

内訳	金額 (円) 税込
合計 (C)	

【人的経費】 B + 【その他経費】 C	円
----------------------	---

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル見積設計書

カ 文書作成業務

【人的経費】※職名別に委託料月額単価が異なる場合は () 内に記載すること。

職名	人数 (名)	委託料月額単価 (円) (A)	委託料額 (円) (A×24ヶ月)
【記載例】 業務従事者 (リーダー、パート 等)	10	100,000円	2,00,000円
総括管理者			
総括副管理者			
業務従事者			
()			
()			
()			
()			
()			
計			
消費税 (10%)			
合計			(B)

【その他の経費】※その他の経費がある場合は記載すること。

内訳	金額 (円) 税込
合計 (C)	

【人的経費】 B + 【その他経費】 C	円
----------------------	---

令和 年 月 日

(宛先) 地方独立行政法人市立秋田総合病院
理事長 伊藤 誠 司

参加者名

印

市立秋田総合病院医事業務委託に関する公募型プロポーザル質疑書

質問内容	
担当者氏名	
連絡先電話番号	
メールアドレス	