

## クレジットカード納付導入に伴う指定代理納付者の選定に係る実施要領

函館市病院局では、患者の利便性の向上を図るため、市立函館病院の会計窓口における診療費等の支払いについて、クレジットカード納付の導入を予定しております。

つきましては、下記のとおり地方自治法第231条の2第6項に規定する指定代理納付者（以下「指定代理納付者」という。）を公募します。

### 1 業務

クレジットカード納付導入に伴う指定代理納付に係る業務（立替払型）

### 2 履行場所

函館市港町1丁目10番1号 市立函館病院

### 3 業務開始時期

平成20年11月4日（火）開始予定

### 4 業務の概要

市立函館病院における診療費等の支払いについて、クレジットカードによる決済システムを提供し、指定代理納付者による歳入の納付業務を円滑に運用すること。

### 5 指定代理納付者の選定方法

指定代理納付者の選定は、公募により行う。

選定するにあたっては、事前に参加申込書の提出を求め、6の参加資格を有するか判断し参加資格の有無を通知する。

参加資格を有する旨の通知を受けた者から提案書の提出を求め、提案内容の審査を行い、指定代理納付に係る業務に適した者を選定する。

### 6 参加資格

以下の要件を全て満たすものとする。

- (1) 地方自治法施行令第157条の2第1項第1号の規定に該当すること。
  - ① 資本金の額、資産および負債の状況等から財政的基盤が十分に整っていること。
  - ② 累積欠損金がなく、かつ、経営状態が良好であること。
- (2) 地方自治法施行令第157条の2第1項第2号の規定に該当すること。
  - ① 経営陣の体制、業務に対する十分な知識および経験を有する業務精通者の確保の状況が十分に整っていること。
  - ② コンプライアンス体制等の業務執行体制が十分に整っていること。
- (3) 民事再生法（平成11年法律第225号）の規定に基づく再生手続開始の申立中または再生手続中でないこと。
- (4) 会社更生法（平成14年法律第154号）の規定に基づく更正手続開始の申立中または更正手続中でないこと。

- (5) 仕様書に定める業務を確実に履行できること。  
 (6) 市税（函館市から課税されている場合）に滞納がないこと。

## 7 参加申込書の提出

### (1) 提出書類

書式	提出書類名	記載内容
様式第1号	参加申込書	住所, 名称等
様式第2号 ①～③	① 貴社の概要 ② 契約実績 ③ コンプライアンス体制	名称, 代表者氏名, 設立年月日, 契約実績, コンプライアンス体制等

### (2) 添付書類

#### ① 決算書類（直近の事業年度のもの）

ア 貸借対照表

イ 損益計算書

ウ 利益処分計算書又は損失処理計算書（又は株主資本等変動計算書）

エ 親会社の連結貸借対照表（連結子会社の場合）

#### ② 納税証明書（函館市から課税されている場合）

(3) 提出期限 平成20年8月22日（金）午後5時まで

(4) 提出場所 〒041-8680 函館市港町1丁目10番1号

市立函館病院事務局医事課収入管理係

Tel 0138-43-2000(内線4116) Fax0138-43-4435

(5) 提出方法 持参または郵送（配達証明付き書留郵便に限る）により提出すること。

## 8 提案書の提出

### (1) 提出書類

書式	提案内容
様式第3号	提案書
様式第4号 ①～⑧	① 加盟店業務取扱カード種類及び加盟店手数料率 ② 取扱可能な支払方法 ③ 契約から導入までのスケジュール ④ 導入時のサポート体制等 ⑤ 導入後のサポート体制等 ⑥ 案内板等の設置等 ⑦ 情報セキュリティ及び個人情報保護の取扱 ⑧ その他提案事項

(2) 添付書類 契約書案

※ 契約書案には次の事項を入れること。

ア 一般的な加盟店が会員に対して有する債権を買い取る形での債権譲渡型でなく、第三者納付としての立替払い型によるものであること。

イ 病院の指定する日に立替払いを行わなかった際の延滞金等に関すること。

ウ 加盟店解除に関すること。

(3) 提案書類の作成方法

- ・ 提出書類は、A4縦、横書きとし、文字の大きさ、書体は任意とする。
- ・ イラスト、イメージ図等を使用することはかまわないものとし、図示による書類においては“A4縦、横書き、文字の大きさ”の制限はしない。

(3) 提出期限 平成20年8月29日(金)午後5時まで

(4) 提出場所 市立函館病院事務局医事課収入管理係(函館市港町1丁目10番1号)

## 9 ヒアリング

必要に応じて、提案者に対しヒアリングを実施する場合がある。

ヒアリングを実施する場合は、別途、提案者に対し日程等を連絡する。

## 10 審査結果

提案書を提出された全事業者あて、平成20年9月5日(金)を目途に、書面により通知します。

## 11 提出様式等の交付

実施要領及び提出様式は、市立函館病院事務局医事課にて交付する。

なお、市立函館病院ホームページよりダウンロードすることもできます。

☆ [http://www.hospital.hakodate.hokkaido.jp/info/20080807\\_invitation\\_credit/invitation\\_credit.html](http://www.hospital.hakodate.hokkaido.jp/info/20080807_invitation_credit/invitation_credit.html)

## 12 その他

- (1) 必要に応じて追加資料の提出を求める場合がある。
- (2) 参加申込書及び提案書の作成、提出等に要する経費は、提出者の負担とする。
- (3) 提出された書類は原則として返却しない。
- (4) 参加申込書、提案書に虚偽の記載をした場合には、失格とする。
- (5) 参加申込書、提案書の受理後の差し替えおよび追加・削除は原則として認めない。

## 13 問い合わせ先

〒041-8680 函館市港町1丁目10番1号

市立函館病院事務局医事課収入管理係 (担当: 佐々木, 石川)

TEL 0138-43-2000(内線4116) Fax0138-43-4435

E-mail: m-sasaki@hospital.hakodate.hokkaido.jp

