

兵医発第599号  
令和6年7月17日

郡市区医師会長 様

兵庫県医師会  
会長 八 田 昌 樹  
(公印省略)

令和6年度健康スポーツ医等派遣事業の案内について

平素、本会会務の運営に種々ご協力頂き深謝申し上げます。

さて、標記事業については兵庫県からの委託事業が平成27年度をもって終了したことから、平成28年度より健康スポーツ医の活動の場を広げるために本会事業として行っており、本年度も引き続き実施することになりました。

事業内容としては、別紙実施要領並びに事業の流れのとおり、これまでと同じく郡市区医師会や団体・企業等で開催する講演会及び研修会、運動教室等に健康スポーツ医等に出務頂き、県民の健康づくりの取組みの促進と、健康及び運動に関する正しい知識の普及・啓発を行って頂くものです。

出務頂く健康スポーツ医等には、依頼先所在地の郡市区医師会にご推薦願うこととしておりますので、貴会におかれましても本事業の趣旨をご了知いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

[添付資料]

1. 令和6年度健康スポーツ医等派遣事業実施要領
2. 健康スポーツ医等派遣事業の流れ
3. 講師謝金、傷害保険について
4. 派遣事業申込書

|                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 兵庫県医師会事務局<br>健康スポーツ係：辰巳・朝倉・山岡<br>TEL:078-231-4114<br>メール：healthsports@hyogo.med.or.jp |
|---------------------------------------------------------------------------------------|

# 令和6年度健康スポーツ医等派遣事業実施要領

(兵庫県医師会)

## 1 趣旨・目的

健康づくりの取組の促進並びに県民に対する健康及び運動に関する正しい知識の普及の契機とするため、健康スポーツ医、郡市区医師会、団体等が実施する地域住民等に対する運動教室や、スポーツイベント及び運動指導者に対する講習会等に医療及びスポーツの両方の知識を有する健康スポーツ医等の派遣を行う。

## 2 実施主体

一般社団法人兵庫県医師会(健康スポーツ医学委員会)

## 3 健康スポーツ医等の派遣方法

郡市区医師会、団体等が主催する各種研修会等に、健康スポーツ医等を派遣し、当該健康スポーツ医等が講習や、運動指導者の育成のための講習等を行う。

## 4 受講対象者

受講の対象者は、県内に住居又は勤務地を有する者とする。

## 5 健康スポーツ医の資格

原則として日本医師会認定健康スポーツ医又は日本医師会認定健康スポーツ医の資格を取得予定の者。

## 6 報告

当該派遣が終了次第、郡市区医師会、団体等の依頼者は講習会等の経過報告を県医師会に提出する。

## 7 講師謝金について

上記「6 報告」の終了報告をもって謝金(別紙一覧)を講師あて支払う。

## 8 その他

本事業は県医師会事業として予算の範囲内で行う。

# 健康スポーツ医等派遣事業の流れ

(兵庫県医師会)

## 1. 健康スポーツ医等・郡市区医師会からの申請の場合

- 【申請・申込】 講習会等開催2カ月前  
健康スポーツ医等 → 郡市区医師会 → 兵庫県医師会
- 【承諾・決定通知】  
兵庫県医師会 → 郡市区医師会 → 健康スポーツ医等  
報告書様式と謝金振込口座確認書様式の送付
- 【講習会等の開催後、終了報告】  
健康スポーツ医等 → 郡市区医師会 → 兵庫県医師会  
報告書と謝金振込口座確認書の送付
- 【講師謝金の振込】  
兵庫県医師会 → 健康スポーツ医等

## 2. 派遣依頼団体からの申請の場合

- 【申請・申込】 講習会等開催2カ月前  
派遣依頼団体 → 兵庫県医師会
- 【推薦、回答】  
(推薦) 兵庫県医師会 → 当該郡市区医師会  
(回答) 当該郡市区医師会 → 兵庫県医師会
- 【決定通知、講師推薦回答】  
兵庫県医師会 → 派遣依頼団体  
報告書様式の送付
- 【講演依頼等】  
兵庫県医師会 → 健康スポーツ医等  
講演のご依頼・謝金振込口座確認書の送付
- 【講習会等の開催後、終了報告】  
派遣依頼団体 → 兵庫県医師会  
報告書の送付
- 【講師謝金の振込】  
兵庫県医師会 → 健康スポーツ医等

# 健康スポーツ医等派遣事業

## 講師派遣時謝金額表

単位:円

| 時間数    | 謝金額     | 源泉徴収税額 | 差引額（講師手取り額） |
|--------|---------|--------|-------------|
| 30分    | 11, 137 | 1, 137 | 10, 000     |
| 1時間    | 22, 274 | 2, 274 | 20, 000     |
| 1時間30分 | 33, 411 | 3, 411 | 30, 000     |
| 2時間    | 44, 548 | 4, 548 | 40, 000     |

## 講師派遣時の傷害保険加入金額

一人あたり

| 被 保 険 者 | 派遣される医師   |
|---------|-----------|
| 死亡・後遺障害 | 15, 300千円 |
| 入院保険金日額 | 6, 500円   |
| 通院保険金日額 | 4, 000円   |

令和6年度健康スポーツ医等派遣事業申込書

申込日 令和 年 月 日

|      |                                  |                   |       |     |
|------|----------------------------------|-------------------|-------|-----|
| 申請者  | 団体名                              |                   |       |     |
|      | 代表者名                             | 印                 |       |     |
|      | 住所                               | 〒                 |       |     |
| 担当者  | 氏名                               |                   | 所属・役職 |     |
| 連絡先  | TEL                              |                   | 携帯番号  |     |
|      | FAX                              |                   |       |     |
|      | Eメールアドレス                         |                   |       |     |
| 講習会名 |                                  |                   |       |     |
| 日時   | 令和 年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分(講演時間)      |                   |       |     |
| 場所   | 会場                               |                   |       |     |
|      | 住所                               |                   |       |     |
|      | TEL                              |                   |       |     |
| 依頼内容 | 形式                               | ①講演 ②実技指導 ③その他( ) |       |     |
|      | 対象者                              | ①地域住民 ②その他( )     | 対象人数  | 約 人 |
|      | 希望する講習会内容（具体的に内容を記載）<br><br>講師名： |                   |       |     |
| 備考   |                                  |                   |       |     |

①この申込書にご記入いただいた情報は、本事業の実施に係る事務・手続き以外には使用いたしません。  
②実施日の2カ月前までに、兵庫県医師会事務局あてにお申し込みください。(FAX可)  
③実施要項など詳細がわかる資料がある場合は、併せて送信してください。  
④講習内容等について、事前に講師との打ち合わせが必要な場合は、主催者と講師の双方で行ってください。  
⑤兵庫県医師会では、当日の講習にあたっての連絡調整等はいりません。  
申込書送信先:FAX 078-231-8114 連絡先:TEL 078-231-4114 兵庫県医師会健康スポーツ医学係