

国民体育大会参加者傷害補償制度 —平成24年度版—



公益財団法人 日本体育協会

国民体育大会参加者傷害補償制度のあらまし

(1) 補償対象者および傷害補償金・共済見舞金

①補償対象者

●選手及び監督

国民体育大会本大会において実施される正式競技種目及び公開競技種目のブロック大会、または本大会における競技に参加する選手及び監督をいう。ただし、高校野球種目参加選手及び監督については、本大会における競技に参加する選手及び監督のみを対象とする。

●選手団本部役員

ブロック大会及び本大会において編成される都道府県選手団本部役員をいい、顧問を含むものとする。

●視察員

ブロック大会及び本大会において編成され、各都道府県の視察員名簿に記載される者をいう。

●その他選手団役員

ブロック大会及び本大会において編成され、選手団本部役員以外に各都道府県の選手団名簿に記載される者をいう。

②傷害補償金・共済見舞金

傷害 補償金	死亡・後遺障害補償金		3,000万円	
	入院補償金(1日につき)		3,600円	180日限度
	通院補償金(1日につき)		2,400円	90日限度
共済 見舞金	疾病・傷害による 死亡・後遺障害		200万円	
	熱中症 見舞金	熱中症による入院	3,600円	180日限度
		熱中症による通院	2,400円	90日限度

(2) 補償期間

①ブロック大会参加中

公益財団法人日本体育協会(以下「本会」という。)及び各都道府県体育(スポーツ)協会(以下「都道府県体育協会」という。)が主催する「国民体育大会ブロック大会」に参加するために自宅を出発してから自宅に帰るまでの間。ただし、各ブロック大会開会式、公式練習または各競技開始日のいずれか早い日の2日前から大会終了日の翌日までの間に限る。

②本大会参加中

本会が主催する「国民体育大会(本大会)」に参加するために自宅を出発してから自宅に帰るまでの間。ただし、開会式(開始式)または公式練習のいずれか早い日の2日前から大会終了日の翌日までの間に限る。

③その他

各都道府県体育協会または各都道府県競技団体が主催または共催する、結団式または解団式に参加するために自宅を出発してから自宅に帰るまでの間。

※1 「国民体育大会活動」には、「ブロック大会・本大会に向けての強化練習または強化合宿」は含みません。

※2 本制度からの傷害補償金・共済見舞金は、生命保険、労災保険、健康保険、その他の傷害保険からの保険金や加害者からの賠償金などとは関係なく重複して支払われます。

国民体育大会参加者傷害補償制度について（趣旨）

1. 国体は広く国民の間にスポーツを普及し、スポーツ精神を高揚して、健康増進と体力の向上をはかり、あわせて地方スポーツと地方文化の発展に寄与するとともに、国民生活を明るく豊かにしようとする、国民の体育・スポーツの祭典である。
したがって、本会加盟競技団体登録競技者でなくともスポーツに関心を持ち、スポーツ活動を志向する者であれば、一定の資格要件を満たせば、誰でも国体に参加でき、その門戸は国民に大きく開放されている。
2. 本会は、この趣旨を一層発展させるため、文部省（当時）等との緊密な連携のもとに、昭和54年に国体の将来構想を策定した。その骨格は、従来の市町村、都道府県およびブロックの各段階の予選会を拡大強化し、これに本大会を含めたものを国民体育大会と総称するというものである。
これは市町村地域における予選会を根幹とし、これに勝ち抜いた者をもって都道府県予選会を実施、さらに都道府県予選会の勝者をもってブロック予選会を実施し、本大会はその代表が競う場とする、という、いわゆる積み上げ方式による国民総参加の国体を目指したものである。
3. 国体参加者傷害補償制度は、この新しい国体のあり方を支える一環として国体参加者の相互扶助の精神にもとづき制定されたものである。本制度は、国体の総括責任者としての本会と、選手を派遣する立場にある都道府県体育協会が、国体参加者の傷害事故等に備え、社会的責任体制を整えるために制定し、都道府県予選会・ブロック予選会・本大会に参加する者を補償対象として昭和56年よりスタートした。平成21年度からは、都道府県予選会の実施形態や代表選考方法が多様化し、国体都道府県予選会の参加対象者の明確化が困難となっている現状を踏まえ、補償対象大会を、都道府県予選会を経てその代表が競う場であるブロック予選会および本大会に改め、本制度を運営していくこととした。

国民体育大会参加者傷害補償制度の概要

【1】目的

本会が国民体育大会活動の参加者に対して、補償金を給付することにより、本会および各都道府県体育協会の社会的責任体制を整えるとともに、相互扶助の精神に基づく参加者の傷害補償制度として国民スポーツの発展に資することを目的とする。

【2】補償対象者

- ①国民体育大会本大会において実施される正式競技種目及び公開競技種目のブロック大会、または本大会における競技に参加する選手及び監督をいう。ただし、高校野球種目参加選手及び監督については、本大会における競技に参加する選手及び監督のみを対象とする。
- ②ブロック大会及び本大会において編成される都道府県選手団本部役員をいい、顧問を含むものとする。
- ③ブロック大会及び本大会において編成され、各都道府県の視察員名簿に記載される者をいう。
- ④ブロック大会及び本大会において編成され、選手団本部役員以外に各都道府県の選手団名簿に記載される者をいう。

【3】補償対象となる競技

国民体育大会本大会実施競技（正式・公開競技）

【4】補償期間

（1）ブロック大会参加中

本会及び各都道府県体育協会が主催する「国民体育大会ブロック大会」に参加するために自宅を出発してから自宅に帰るまでの間。ただし、各ブロック大会開会式、公式練習または各競技開始日のいずれか早い日の2日前から大会終了日の翌日までの間に限る。

（2）本大会参加中

本会が主催する「国民体育大会（本大会）」に参加するために自宅を出発してから自宅に帰るまでの間。ただし、開会式（開始式）または公式練習のいずれか早い日の2日前から大会終了日の翌日までの間に限る。

（3）その他

各都道府県体育協会または各都道府県競技団体が主催または共催する、結団式または解団式に参加するために自宅を出発してから自宅に帰るまでの間。

【5】傷害補償金の内容

（1）死亡補償金

補償対象者が補償対象に定める傷害を被り、その直接の結果として、事故発生日からその日を含めて180日以内に死亡した場合、3,000万円を支払う。

（2）後遺障害補償金

補償対象者が補償対象に定める傷害を被り、その直接の結果として、事故発生日からその日を含めて180日以内に後遺障害（身体に残された将来においても回

復できない機能の重大な障害または身体の一部の欠損で、かつ、その原因となった傷害がなおった後のものをいう。以下同様とする。)が生じたときは、3,000万円に別表1(20頁参照)の各号に掲げる割合を乗じた額を後遺障害補償金として補償対象者に支払う。

たとえば、

- 身体の著しい障害により終身常に介護を要するとき -----3,000万円
- 両眼が失明したとき -----3,000万円
- 両耳の聴力を全く失ったとき -----2,400万円
- 1腕または1脚を失ったとき -----1,800万円
- ^{せき}脊柱に著しい奇形または著しい運動障害を残すとき -----1,200万円
- 1手の^ぼ拇指を指関節(指節間関節)以上で失ったとき ----- 600万円
- 1足の第1足指を^し趾関節(指節間関節)以上で失ったとき ----- 300万円
- ^ほ外貌に醜状(顔面においては直径2cmの^{はんこん}癬痕、長さ3cmの^{こん}線状痕程度をいう)を残すとき ----- 90万円

Q1. 傷害とはどのようなものをいうのか?

A1. いわゆる「ケガ」をいい、急激かつ偶然な外来の事故によって身体に被った傷害が対象となる。傷害補償金では病気は対象とならない。ただし、身体外部から有毒ガスまたは有毒物質を偶然かつ一時に吸収し急激に生ずる中毒は対象とする。(細菌性中毒は対象とならない。)

(例)

①補償対象となる傷害事故

- アキレス腱断裂、骨折、捻挫、脱臼、打撲、きりきず 等
- 競技中に急激かつ偶然な外来の事故によって、歯が欠けてしまった場合、治療のために歯科に通った日数に応じ、通院補償金が支払われる。(ただし、治療に該当しない義歯は支払い対象とならない。)

②対象とならない事故

急性心不全(心臓マヒ)、野球肩、テニス肘、しもやけ、靴ずれ、風邪などの病気 等

(注)急性心不全とは、原因不明の心臓の不具合状況をいい、運動中に急性心不全(心臓マヒ)を起こしたような場合でも、一般的には徐々に心臓に負担がかかり心機能が働かなくなったためか、何らかの心臓疾患(形成不全等)によって生じるものが多いと考えられる。これらの場合は、急激性や外来性に欠けるため、この補償制度の対象とはならない。

※共済見舞金については、急性心不全等の定められた疾病による死亡または後遺障害について対象としている。なお、疾病についてはQ10で明記。

Q2. 補償対象者が他の保険等に加入している場合、本制度との関係は?

A2. 本制度からの傷害補償金・共済見舞金は、生命保険、労災保険、健康保険、その他の傷害保険からの保険金や、加害者からの賠償金などとは関係なく重複して支払われる。

Q3. 傷害補償金は誰に支払うのか？

A3. 死亡補償金は、補償対象者の法定相続人に支払う。死亡補償金受取人が2名以上であるときは、本会は、法定相続分の割合により死亡補償金を補償対象者の法定相続人に支払う。死亡補償金以外の場合には、補償対象者本人に支払う。

Q4. 死亡補償金、後遺障害補償金、入院補償金、通院補償金は重複して支払われるか？

A4. 具体的に例示すると次のとおり。

- ①死亡補償金＋後遺障害補償金・・・死亡・後遺障害補償金額限度
 - ②死亡補償金＋入院補償金＋通院補償金・・・合計額
 - ③後遺障害補償金＋入院補償金＋通院補償金・・・合計額
- ※ 入院補償金が支払われる期間中の通院に対しては通院補償金を支払わない。

(3) 入院補償金

補償対象者が補償対象に定める傷害を被り、その直接の結果として、平常の業務に従事することまたは平常の生活ができなくなり、かつ、次の①②のいずれかに該当した場合は、その期間に対し、180日を限度として、1日につき3,600円を入院補償金として補償対象者に支払う。

- ①入院（医師による治療が必要な場合において、自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいう。）した場合
- ②自宅療養の場合でも次のいずれかに該当し、かつ、医師の治療を受けた場合
 - 両眼の矯正視力が0.06以下になっていること
 - 咀嚼または言語の機能を失っていること
 - 両耳の聴力を失っていること
 - 両上肢の手関節以上のすべての関節の機能を失っていること
 - 1下肢の機能を失っていること
 - 胸腹部臓器の障害のため身体の自由が主に摂食、洗面等の起居動作に限られていること
 - 神経系統または精神の障害のため身体の自由が主に摂食、洗面等の起居動作に限られていること
 - その他上記部位の合併障害等のため身体の自由が主に摂食、洗面等の起居動作に限られていること

Q5. 入院および通院補償金は、治療費の実費が支払われるのか？

A5. 実費ではなく、定額払いである。

(手術補償金)

入院補償金が支払われる場合で、補償対象者が事故の日からその日を含めて180日以内に病院または診療所において、入院補償金を支払うべき傷害の治療を直接の目的として別表2（22頁参照）に掲げる手術を受けたときは、入院補償金日額に手術の種類に応じて別表2に掲げる倍率（10倍、20倍、40倍／

1 事故に基づく傷害に対して同時に 2 以上の手術を受けた場合は、そのうち最も高い倍率) を乗じた額を、傷害手術補償金として補償対象者に支払う。ただし、1 事故に基づく傷害について、1 回の手術に限る。

Q6. 手術補償金が支払われる具体例は？

A6. 手術補償金は、入院補償金が支払われる場合で、そのケガの治療のために事故の日から 180 日以内に手術を受けた場合に、入院補償金に上乗せして支払われる。

(例) 靭帯を切断し、手術を受けた場合

3, 600 円 × 10 倍 = 36, 000 円 (= 手術補償金)

(※ 22 頁別表 2 「手術補償金対象一覧」 3 (1) に該当します。)

(4) 通院補償金

補償対象者が補償対象に定める傷害を被り、その直接の結果として、平常の業務に従事することまたは平常の生活に支障が生じ、かつ、通院 (医師による治療が必要な場合において、病院または診療所に通い、医師の治療を受けること < 往診を含む。 > をいう。以下本条において同様とする。) した場合は、その日数に対し、90 日を限度として、1 日につき、2, 400 円を通院補償金として補償対象者に支払う。ただし、平常の業務に従事することまたは平常の生活に支障がない程度に傷害が治癒したとき以降の通院に対しては、通院補償金を支払わない。補償対象者が通院しない場合においても、骨折等の傷害を被った部位を固定するために医師の指示によりギプス等を常時装着した結果、平常の業務に従事することまたは平常の生活に著しい支障が生じたとき本会が認めるときは、その日数に対し、通院補償金を支払う。

※ 事故の日から 180 日を経過した後の通院に対しては、通院補償金は支払わない。

また、入院補償金が支払われる期間中の通院に対しては、重ねては通院補償金は支払わない。

Q7. 通院補償金説明中の「ただし、平常の業務に従事することまたは平常の生活に支障がない程度に傷害が治癒したとき以降の通院」とは？

A7. このような例として、次のような通院が考えられる。

- ① 診断書を取りに行くための通院
- ② 治癒を確認する程度の意味しかない通院

Q8. 同じく通院しない場合の「著しい支障」とは？

A8. 「著しい支障」があると認められる例

- 大腿骨を骨折しギプスにより固定したため、平常の生活に著しい支障がある場合。

「著しい支障」とは認められない例

- 右腕を負傷したが、医者にもらった塗り薬を塗るだけで、通学・通勤の支障は小さく、日常生活のうえでも着衣、脱衣と入浴に不便が生じた程度

Q9. 「医師の治療を受けた場合」とあるが、柔道整復師（接骨院、整骨院）、針、灸、マッサージで治療を受けた場合はどうなるか？

A9. 柔道整復師（接骨院、整骨院等）による治療の場合、治療日数の認定にあたっては、傷害の部位や程度に応じ、施術内容における医師の治療との比較などを行い、総合的に判断したうえで支払いを行うこととする。また、針、灸、マッサージなどの医療類似行為については、外科医師などの指示による治療以外は支払いの対象にはならない。

【6】共済見舞金の内容

（1）死亡見舞金

補償対象者が補償対象に定める傷害または疾病を被り、その直接の結果として、事故発生日からその日を含めて180日以内に死亡した場合、200万円を死亡見舞金として補償対象者の法定相続人に支払う。

（2）後遺障害見舞金

補償対象者が補償対象に定める傷害または疾病を被り、その直接の結果として、事故発生日からその日を含めて180日以内に後遺障害（身体に残された将来においても回復できない機能の重大な障害または身体の一部の欠損で、かつ、その原因となった傷害または疾病がなおった後のものをいう。以下同様とする。）が生じたときは、200万円に別表1（20頁参照）の各号に掲げる割合を乗じた額（6万円～200万円）を後遺障害見舞金として補償対象者に支払う。

Q10. 疾病とはどのようなものをいうのか？

A10. 国体参加に起因する急性虚血性心疾患（心筋梗塞）・急性心不全等の心臓疾患、くも膜下出血・脳内出血等の急性脳疾患、低体温症、脱水症、熱中症及び細菌性中毒をいう。

Q11. 熱中症とはどのようなものをいうのか？

A11. 急激、かつ外来による日射または熱射によって、その身体に障害を被った場合のことをいう。

（3）熱中症見舞金（入院、手術、通院）

補償対象者が補償対象に定める熱中症により、入院、手術、通院を伴った場合には、以下の見舞金を補償対象者に支払う。

①入院

補償対象者が補償対象に定める熱中症を被り、その直接の結果として、平常の業務に従事することまたは平常の生活ができなくなり、かつ、次の1)、2)のいずれかに該当した場合は、その期間に対し、180日を限度として、1日につき3,600円を入院見舞金として補償対象者に支払う。

1) 入院（医師による治療が必要な場合において、自宅等での治療が困難なため、病院または診療所に入り、常に医師の管理下において治療に専念することをいう。）した場合

2) 自宅療養の場合でも次のいずれかに該当し、かつ、医師の治療を受けた場合

- 両眼の矯正視力が0.06以下になっていること
- 咀嚼しゃくまたは言語の機能を失っていること

- 両耳の聴力を失っていること
- 両上肢の手関節以上のすべての関節の機能を失っていること
- 1下肢の機能を失っていること
- 胸腹部臓器の障害のため身体の自由が主に摂食、洗面等の起居動作に限られていること
- 神経系統または精神の障害のため身体の自由が主に摂食、洗面等の起居動作に限られていること

その他上記部位の合併障害等のため身体の自由が主に摂食、洗面等の起居動作に限られていること

②手術

入院見舞金が支払われる場合で、補償対象者が事故の日からその日を含めて180日以内に病院または診療所において、入院補償金を支払うべき傷害の治療を直接の目的として別表2（22頁参照）に掲げる手術を受けたときは、入院見舞金日額に手術の種類に応じて別表2に掲げる倍率（10倍、20倍、40倍／1事故に基づく傷害に対して同時に2以上の手術を受けた場合は、そのうち最も高い倍率）を乗じた額を、傷害手術補償金として補償対象者に支払う。ただし、1事故に基づく傷害について、1回の手術に限る。

③通院

補償対象者が補償対象に定める熱中症を被り、その直接の結果として、平常の業務に従事することまたは平常の生活に支障が生じ、かつ、通院（医師による治療が必要な場合において、病院または診療所に通い、医師の治療を受けること＜往診を含む。＞をいう。）した場合は、その日数に対し、90日を限度として、1日につき、2,400円を通院見舞金として補償対象者に支払う。

【7】補償の対象とならない主な事故

（1）傷害補償金、共済見舞金共通

- 補償対象者、死亡補償金受取人または死亡見舞金受取人の故意による事故
- 補償対象者の自殺行為、犯罪行為または闘争行為
- 地震もしくは噴火またはこれらによる津波
- 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱その他これらに類似の事変または暴動（本会給付規定においては、群衆または多数の者の行動によって、全国または一部の地区において著しく平穏が害され、治安維持上重大な事態と認められる状態をいう。）
- 核燃料（使用済燃料を含む。以下同様とする。）もしくは核燃料物質によって汚染された物（原子核分裂生成物を含む。）の放射性、爆発性その他の有害な特性またはこれらの特性による事故
- 放射線照射または放射能汚染 など

（2）傷害補償金

- 補償対象者が法令に定められた運転資格（運転する地における法令によるものをいう。）を持たないで、または酒に酔ってもしくは麻薬、大麻、あへん、覚せい剤、シンナー等の影響により正常な運転ができないおそれがある状態で自動車または原動機付自転車を運転している間に生じた事故
- 補償対象者の脳疾患、疾病または心神喪失
- 補償対象者の妊娠、出産、早産、流産または外科的手術その他の医療措置。ただし、本会が補償金を支払うべき傷害を治療する場合には、この限りでは

ない

○補償対象者に対する刑の執行

○原因のいかに問わず、頸部症候群（いわゆる「むちうち症」）または腰痛
で他覚症状のないもの など

(3) 疾病（共済見舞金）

○補償対象者の妊娠、出産、早産または流産

○補償対象者の性病、泥酔または精神障害

○補償対象者による麻薬、あへん、大麻、覚せい剤、シンナー等の使用

○国民体育大会活動参加前にすでに症状が発生している疾病

○本制度にて定められているもの以外の疾病 など

Q12. 闘争行為の意味は？

A12. 闘争行為とは、いわゆる「ケンカ」のことをいうものであり、当然のことながら、ボクシング、柔道等ルールに則った行為を指すものではない。

Q13. 「他覚症状のない」とはどういう意味か？

A13. いわゆるむち打ち症や腰痛の場合、レントゲン検査、脊髓造影術、椎間板造影術等であきらかにむち打ち症や腰痛として覚知できる症状がないものは補償の対象とならない。

【8】事務手続き

(1) 報告手続き等

都道府県体育協会は、本大会終了後、ブロック大会及び本大会**参加実人数**^(注)を本会に所定の様式にて報告する。なお、参加実人数を報告する際、参加者名簿も都道府県体育協会に準備をしておく（本会へは提出依頼のあった場合に提出する）。

(注) 参加延べ人数ではなく、実人数の報告。

(2) 傷害補償金及び共済見舞金の請求手続き

①国体事故報告書の提出

補償対象者は事故の日からその日を含めて30日以内に都道府県体育協会を通じて本会へ所定の事故報告書を提出する。

②審査及び請求書類の送付

提出された事故報告書を審査し、傷害補償または共済見舞金の対象にならない者については、その旨を都道府県体育協会へ連絡する。また、この補償制度の対象である傷害事故者には、補償金請求書類を送付する。

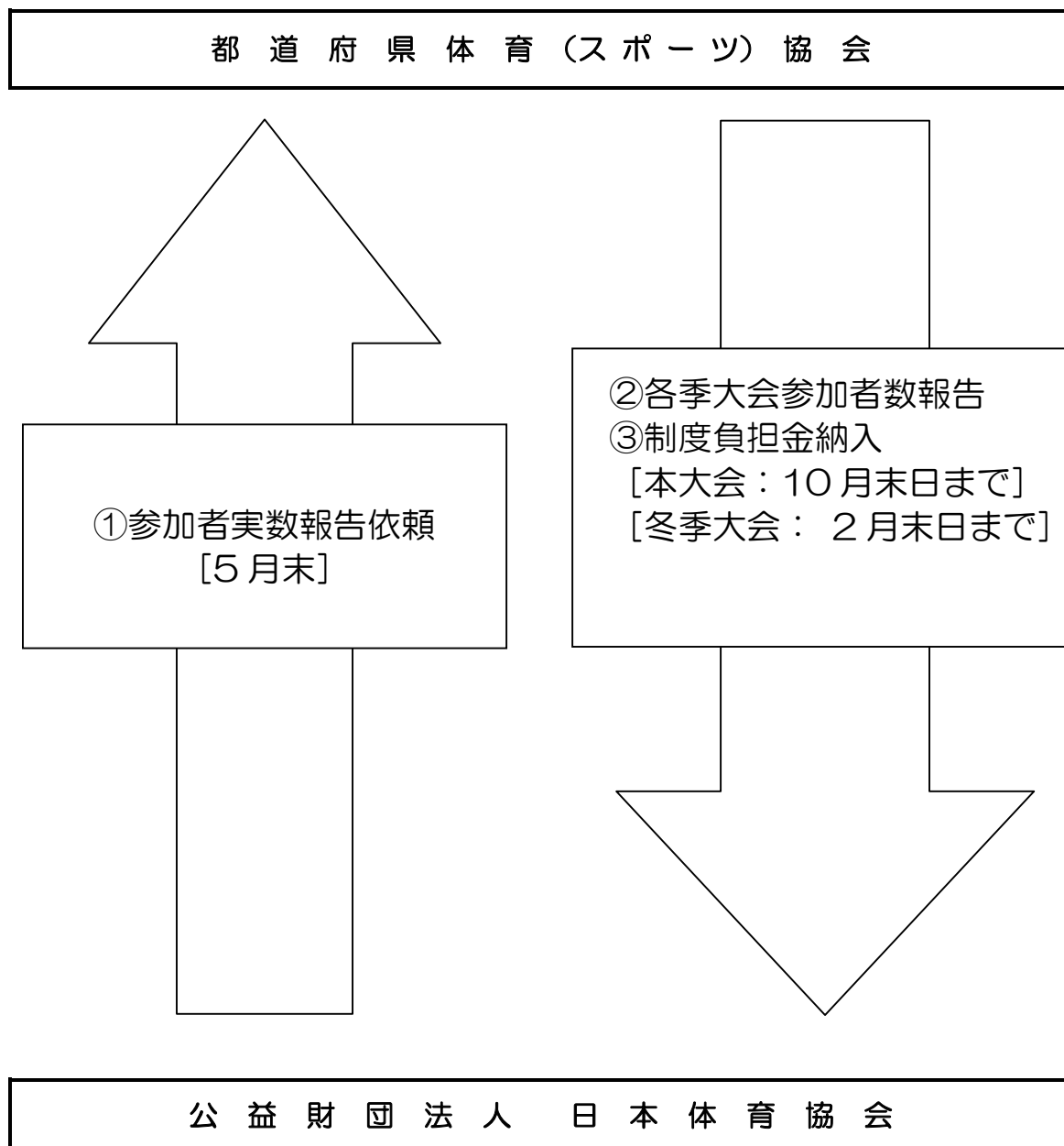
③補償金・見舞金請求書等の返送

補償金請求者は、所要事項を記入し、本会（または本会の指定先）へ送付する。但し、事故の日からその日を含めて180日が支払いの限度となる為、180日を超えても請求がない場合は、請求を放棄したものとする。

④補償金・見舞金の振込み

傷害事故者本人の指定口座へ補償金を振り込む。なお、年度毎に、都道府県体育協会へ傷害事故者等への補償金給付実績について、本会より連絡する。

国民体育大会参加者傷害補償制度実施事務の流れ



平成 年度国民体育大会傷害補償制度参加者数報告書(例)

【第 回国民体育大会】

	競技名	ブロック大会参加者数		本大会のみ参加者数 ③	合計参加者実数 ④
		①	②		
1	陸上競技				
2	水泳				
3	サッカー				
4	テニス				
5	ボート				
6	ホッケー				
7	ボクシング				
8	バレーボール				
9	体操				
10	バスケットボール				
11	レスリング				
12	セーリング				
13	ヨット				
14	ハンドボール				
15	自転車				
16	ソフトテニス				
17	卓球				
18	軟式野球				
19	相撲				
20	馬術				
21	フェンシング				
22	柔道				
23	ソフトボール				
24	バドミントン				
25	弓道				
26	ライフル射撃				
27	剣道				
28	ラグビーフットボール				
29	山岳				
30	カヌー				
31	アーチェリー				
32	空手道				
33	銃剣道				
34	クレール射撃				
35	なぎなた				
36	ボウリング				
37	ゴルフ				
38	高校野球				
39	トライアスロン				
40	本部役員(含顧問)				
41	視察員				
42	その他選手団役員				
	合計				

①+③=④合計参加者実数(①-②=⑤ブロック大会のみ合計参加者数、②+③=⑥本大会参加者数)

○下記事項をよく読んでから記入して下さい。

ブロック大会のみ 参加者数	本大会参加者数
⑤ (①-②)	⑥ (②+③)

1. ブロック大会

各競技別にブロック大会参加者数を「①の列」に記載してください。

2. 本大会

ブロック大会から参加し、本大会に参加する者を「②の列」に記載してください。

ブロック大会に参加せず、本大会に参加する者は、「③の列」に記載してください。

(注)①～③のいずれの人数も延べ人数ではなく実人数を記載してください。

上記の通り報告します。

平成 年 月 日

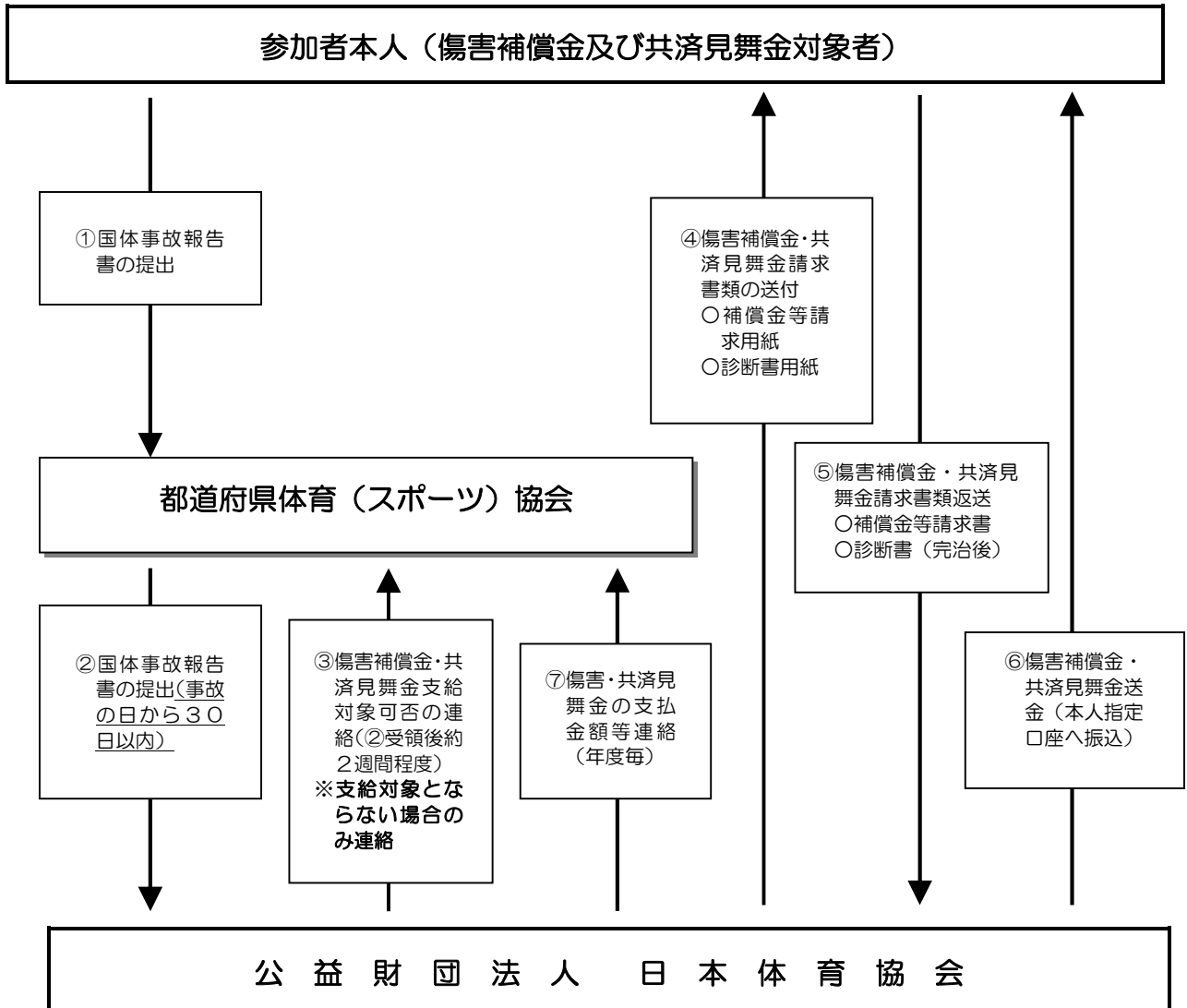
協会

会 長
または
代表理事

印

記載責任者

傷害補償金・共済見舞金 給付の流れ



(注) 診断書に関する注意事項

1. 診断書は完治してから提出することを基本とする。
2. 診断書については、通院のみの治療で通院延期間が41日以内の場合、医師の診断書は不要であり、診療状況申告書に自筆で記入可。(ただし、診察券のコピーを添付のこと)
3. 最初の病院(あるいは医院)で1~2日の応急手当を受けた後で他の病院へ移る場合、最初の病院での診断書は診察券または領収証をもってかえることができる。

(注) 傷害補償金・共済見舞金請求書類の提出期限に関する注意事項

事故の日からその日を含めて180日が支払いの限度となる為、180日を超えても請求がない場合は、請求を放棄したものとする。

国体事故報告書

大会	第 回（国民体育大会・冬季大会）	
該当するものに○印	ブロック大会	本大会
大会期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	
自宅住所	〒 TEL：（ ）	
フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日生
出場競技等の区分	競技	
事故発生場所		
事故発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
事故の原因・状況 (ヶ)の部位も記入)		
負傷後の処置		
傷病名		
全治見込日数	日（入院 日、通院 日）	

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

会長
 または
 代表理事 _____ 印
 担当者 _____

公益財団法人 日本体育協会 殿

【個人情報の取扱いに関する同意】
 貴団体が、本報告に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。
 ○国民体育大会参加者傷害補償制度の履行のために、関係者（医療機関等）、業務委託先、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

国体事故報告書

大会	第〇回 (国民体育大会) 冬季大会	
該当するものに〇印	<input checked="" type="checkbox"/> ブロック大会	<input type="checkbox"/> 本大会
大会期間	平成 〇年 5月20日 から 平成 〇年 5月 21日まで	
自宅住所	〒0000-0000 東京都渋谷区神南 〇-〇-〇 TEL: 03 (0000) 〇〇〇〇	
フリカゝナ	コクタイ タロウ	生年月日
氏名	国体 太郎	昭和50年 4月20日生
出場競技等の区分	バスケットボール	競技
事故発生場所	〇〇〇県△△△市 ×××体育館内	
事故発生日時	平成〇年 5月 20日 午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後 2時 30分頃	
事故の原因・状況 (ヶの部位も記入)	競技中、リバウンドをとるためジャンプし、着地時に相手選手の足が右足首に強くあたり、右足アキレス腱断裂となる。	
負傷後の処置	大会本部で応急手当を受け病院へ搬送	
傷病名	右足アキレス腱断裂	
全治見込日数	〇〇日 (入院 △△日、通院 ××日)	

上記のとおり報告します。

平成 〇〇年 5月 25日

_____ 〇〇 県 体育協会

 会 長
 または
 代表理事 _____ △△ ×× 印
 担 当 者 _____ 国体 花子

公益財団法人 日本体育協会 殿

【個人情報の取扱いに関する同意】
 貴団体が、本報告に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。
 ○国民体育大会参加者傷害補償制度の履行のために、関係者（医療機関等）、業務委託先、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

傷害補償金・共済見舞金請求書

公益財団法人 日本体育協会 御中

下記事故について関係書類を添付のうえ傷害補償金・共済見舞金を請求します。本請求に関する私の個人情報の取扱いについて、下記「個人情報の取扱いに関する同意」の通り合意します。傷害補償金・共済見舞金は下記指定の口座に振り込んでください。口座への振込をもって傷害補償金・共済見舞金を受領したものと認めます。

請求日	平成 年 月 日		ご連絡先電話	
請求者	住所	〒		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯 ()
	フリガナ			補償対象者との関係
氏名			印	<input type="checkbox"/> 1 本人 <input type="checkbox"/> 2 親権者 <input type="checkbox"/> 3 受任者 <input type="checkbox"/> 4 その他 ()

●補償対象者（おケガ・ご病気になられた方）

フリガナ		生年月日・性別	昭・平 年 月 日	職業	
氏名	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	補償対象者との関係	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	本人・配偶者・子供・その他 ()	

●事故の内容・発病から現在に至るまでの経過

(1) ケガの場合

事故日時	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃
事故場所	都道府県	市区郡	区町村
事故状況 (具体的に ご記入ください)			

(2) 病気の場合

病名		発病日	年 月 日
今回のご病気で初めて病院に行かれた日	年 月 日	今回のご病気で初めて入院された日	年 月 日
発病時の症状及びその後の経過			

●傷害補償金・共済見舞金振込口座（※郵便局はご利用いただけません）

お振込先 金融機関 口座番号	銀行 信用金庫 信用組合 ()	支店	預金種類	口座番号			
			<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 総合 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄				
口座名義 (おかけでご記入 ください)							

【個人情報の取扱いに関する同意】

貴協会が、本請求に関する私の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で、取得・利用・提供することに同意します。
○国民体育大会参加者傷害補償制度の履行のために、関係者（医療機関、事故の当事者等）、業務委託先、その他必要な関係先に対して提供を行い、またはこれらの者から提供を受けることがあること。

診 断 書

		カルテNo.	
傷病者	住所	<input type="checkbox"/> 1 健 保 <input type="checkbox"/> 3 労 保 <input type="checkbox"/> 5 そ の 他 <input type="checkbox"/> 2 国 保 <input type="checkbox"/> 4 自 費 ()	
	氏名	職 業	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平
傷病名および受傷部位・態様			
初診日	年 月 日	発病日または受傷日	年 月 日
発病および受傷の原因 (傷病者申告の内容を詳細にご記入下さい。)			
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		むち打ち症・腰痛の場合の他覚症状 (レントゲン・脳波・筋電図など器質的変化) の有無、検査結果 X 線 異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () その他 異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
		イ 上記傷害と併行して行った傷病治療の <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 有 の場合の傷病名:) ロ 既往症の <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 有 の場合の傷病名:) 発生時期 (年 月頃) ハ イ、ロが今回事故の傷病治療期間に及ぼす影響 ()	
今回の傷病に関して実施した手術 (該当する項目に○印をつけてください)		手術名	
手術の種類: <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> その他		手術日	年 月 日
・筋骨関係手術の場合 (<input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血) ・植皮術の場合 (<input type="checkbox"/> 25cm ² 以上 <input type="checkbox"/> 25cm ² 未満)			
入院治療	日間 (うち外泊日数 日)	実通院治療日 (○印をつけてください)	
年 月 日 ~ 年 月 日		月	計
通院治療	日間 (うち治療実日数 日)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
年 月 日 ~ 年 月 日		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計
固定具使用の場合		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
固定器具	使用期間	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計
() (年 月 日 ~ 年 月 日)		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
() (年 月 日 ~ 年 月 日)		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計
医学的に通勤・通学・就業が全く不可能と判断される期間		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
年 月 日 ~ 年 月 日		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計
年 月 日	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	日
年 月 日		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	計
後遺障害の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合その内容)			
上記後遺障害の軽減の <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
なお後遺障害詳細内容については別添後遺障害診断書のとおり。			

上記の通り診断いたします。

年 月 日 所在地 _____
 病院名 _____ TEL _____
 医師氏名 _____ 印 _____

診療状況申告書

公益財団法人 日本体育協会 御中

作成日 平成 年 月 日

下記のとおり相違ありません。なお、補償金受領後に、万一事実と異なることが判明した場合には、受領した補償金を返還いたします。また、貴協会が医療機関に対して照会しても回答してもらえない場合は、あらかじめ貴協会所定の「診断書」を提出いたします。

補償金請求書が10万円以下の場合には、この申告書で診断書にかえることができます。

申告者	受傷者が未成年者の場合は、親権者 <div style="text-align: center;">印</div>		おけがをされた日	平成 年 月 日																															
おけがをされた方(補償対象者)	申告者と同じ 大正 年 月 日生 昭和 平成 (男・女)		年 月 日	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止																															
おけがをされた体の部位	<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 腕<手指以外> <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 臀部 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 足<足指以外>		左記以外																																
おけがの状態	<input type="checkbox"/> 打撲 <input type="checkbox"/> 切り傷 <input type="checkbox"/> すり傷 <input type="checkbox"/> 捻挫 <input type="checkbox"/> じん帯損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 火傷 (その他の場合傷病名)		縫合の有無(有・無) キズの大きさ 針(cm)																																
ギプス等の固定具使用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	固定具使用期間	使用固定器具	固定具の常時装着	手首または足首を含む固定																															
	年 月 日から	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																															
	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 副子(シーネ)固定・その他()	<input type="checkbox"/> しない																																
	年 月 日から	<input type="checkbox"/> ギプス <input type="checkbox"/> ギプスシーネ <input type="checkbox"/> ギプスシャーレ	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																															
年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 副子(シーネ)固定・その他()	<input type="checkbox"/> しない																																	
入院治療	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	実際に通院して治療を受けた日に○印をつけてください。																																	
通院治療	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち実際に通院した日数 日間)	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計																				
手術の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手術名()	手術日: 年 月 日 手術の種類 <input type="checkbox"/> 開頭術 <input type="checkbox"/> 開胸術 <input type="checkbox"/> 開腹術 <input type="checkbox"/> その他 ・筋骨関係手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 ・植皮術の場合 <input type="checkbox"/> 25cm ² 以上 <input type="checkbox"/> 25cm ² 未満	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計																			
	手術の種類		月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計										
	・筋骨関係手術の場合		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
	・植皮術の場合		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計
おけがのため仕事または学校を休んだ期間	年 月 日 ~ 年 月 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計																				
診察券のコピーを必ずここに貼りつけてください。 <診察券がない場合はこの欄に記入してください。>		月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計											
病院名	TEL	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計																				
所在地		月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計											
担当医師名()科	先生	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計																				
		月	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計											

※病院に確認のうえ、正確に記入してください。特に手術名は担当医師にご確認ください。

2つ以上の病院で治療された場合は○△等で区別してください。

同意書

○受傷日 平成 年 月 日

○患者

(住所) _____

(氏名) _____

(生年月日) 明治・大正・昭和・平成 ____年____月____日

公益財団法人 日本体育協会 御中

貴協会の職員またはその業務委託先が、上記の傷病に関する傷害補償金・共済見舞金支払いの目的の範囲内で、医療機関から下記医療情報を直接取得・利用することに同意します。なお、本状は上記の傷病に関する貴協会の傷害補償金・共済見舞金支払完了後に効力を失うものとします。

医療機関 御中

上記患者の貴院での受療に関して、公益財団法人 日本体育協会の職員またはその業務委託先による下記医療情報に関する照会または資料貸出依頼があったときには、ご対応いただくことに同意します。

記

1. 診断書・診療報酬明細書
2. 傷病の原因、症状、既往症、治療内容、治療期間、就業の可否等に関する所見
3. 画像診断フィルム等の記録ほか検査資料

平成 ____年 ____月 ____日

同意人 住所 _____

氏名 _____ 印

患者との関係：本人・親権者・法定相続人・その他（ _____ ）

※原則として患者ご本人の署名をお願いいたします。

※患者が未成年の場合は、親権者の方がご署名ください。

同意書のご署名・ご捺印のお願い

傷害補償金・共済見舞金をご請求いただいた際に、本会にて治療内容等につき医療機関へ確認し、または、画像診断のフィルムその他検査資料の貸出を受けることがあります。本会がこれらの診療情報を医療機関から直接取得する場合、患者ご自身（未成年者の場合は親権者）から同意が得られている旨を医療機関に提示する必要があります。つきましては、上記内容をご確認いただき、全ての項目をご記入のうえ、ご署名・ご捺印くださいますようお願い申し上げます。なお、医療機関が本状の本紙を必要とする場合は、本紙は医療機関へ提出し、本会は本状の写を保管します。

公益財団法人 日本体育協会

別表1

後遺障害割合一覧表

1. 眼の障害	
(1) 両眼が失明したとき-----	100%
(2) 1眼が失明したとき-----	60%
(3) 1眼の矯正視力が0.6以下となったとき-----	5%
(4) 1眼が視野狭窄（正常視野の角度の合計の60%以下となった場合をいう）となったとき-----	5%
2. 耳の障害	
(1) 両耳の聴力を全く失ったとき-----	80%
(2) 1耳の聴力を全く失ったとき-----	30%
(3) 1耳の聴力が50cm以上では通常の話声を解せないとき-----	5%
3. 鼻の障害	
(1) 鼻の機能に著しい障害を残すとき-----	20%
4. 咀嚼、言語の障害	
(1) 咀嚼または言語の機能を全く廃したとき-----	100%
(2) 咀嚼または言語の機能に著しい障害を残すとき-----	35%
(3) 咀嚼または言語の機能に障害を残すとき-----	15%
(4) 歯に5本以上の欠損を生じたとき-----	5%
5. 外貌（顔面・頭部・頸部をいう）の醜状	
(1) 外貌に著しい醜状を残すとき-----	15%
(2) 外貌に醜状（顔面においては直径2cmの癍痕、長さ3cmの線状痕程度をいう）を残すとき-----	3%
6. 脊柱の障害	
(1) 脊柱に著しい奇形または著しい運動障害を残すとき-----	40%
(2) 脊柱に運動障害を残すとき-----	30%
(3) 脊柱に奇形を残すとき-----	15%
7. 腕（手関節以上をいう）、脚（足関節以上をいう）の障害	
(1) 1腕または1脚を失ったとき-----	60%
(2) 1腕または1脚の3大関節中の2関節または3関節の機能を全く廃したとき-----	50%
(3) 1腕または1脚の3大関節中の1関節の機能を全く廃したとき-----	35%
(4) 1腕または1脚の機能に障害を残すとき-----	5%
8. 手指の障害	
(1) 1手の拇指を指関節（指節間関節）以上で失ったとき-----	20%
(2) 1手の拇指の機能に著しい障害を残すとき-----	15%
(3) 拇指以外の1指を第2指関節（遠位指節間関節）以上で失ったとき-----	8%
(4) 拇指以外の1指の機能に著しい障害を残すとき-----	5%

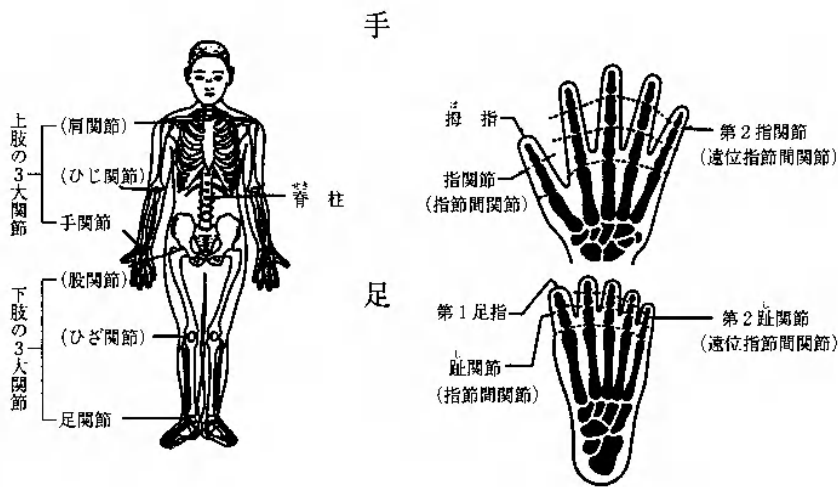
9. 足指の障害

- (1) 1足の第1足指を趾関節（指節間関節）以上で失ったとき----- 10%
- (2) 1足の第1足指の機能に著しい障害を残すとき----- 8%
- (3) 第1足指以外の1足指を第2趾関節（遠位指節間関節）以上で失った
とき----- 5%
- (4) 第1足指以外の1足指の機能に著しい障害を残すとき----- 3%

10. その他身体の著しい障害により終身常に介護を要するとき----- 100%

(注1) 第7号から第9号までの規定中「以上」とは当該関節より心臓に近い部分をいいます。

(注2) 関節などの説明図



別表2

手術補償金対象一覧

対象となる手術(注)	倍率
1. 皮膚、皮下組織の手術（単なる皮膚縫合は除く） <small>はんこんこうしゆく</small> (1) 植皮術（25 cm ² 未満は除き、 <small>はんこんこうしゆく</small> 瘢痕拘縮 形成術を含む）	20
2. 筋、腱、 <small>けんしやう</small> 腱鞘の手術 <small>けん けんしやう</small> (1) 筋、腱、 <small>けんしやう</small> 腱鞘の観血手術	10
3. 四肢関節、 <small>じん ばってい</small> 靭帯の手術（ <small>じん</small> 抜釘術を除く） <small>じん</small> (1) 四肢関節観血手術、 <small>じん</small> 靭帯観血手術	10
4. 四肢骨の手術（ <small>ばってい</small> 抜釘術を除く） <small>ばってい</small> (1) 四肢骨観血手術	10
(2) 骨移植術（四肢骨以外の骨を含む）	20
5. 四肢切断、離断、再接合の手術 (1) 手指、足指を含む四肢切断術、離断術（骨、関節の離断に伴うもの）	20
(2) 手指、足指を含む切断四肢再接合術（骨、関節の離断に伴うもの）	20
6. 手足の手術 (1) 指移植手術	40
7. <small>けんこう ろっ</small> 鎖骨、肩甲骨、肋骨、胸骨観血手術	10
8. <small>せき けい</small> 脊柱、骨盤の手術（ <small>せき</small> 頸椎、 <small>けい</small> 胸椎、 <small>せき</small> 腰椎、 <small>けい</small> 仙椎の手術を含む） <small>せき</small> (1) <small>せき</small> 脊柱・ <small>けい</small> 骨盤観血手術	20
9. <small>がい</small> 頭蓋、 <small>がい</small> 脳の手術 <small>がい</small> (1) <small>がい</small> 頭蓋骨観血手術（ <small>がい</small> 鼻骨、 <small>がい</small> 鼻中隔を除く）	20
(2) <small>がい</small> 頭蓋内観血手術（ <small>せん</small> 穿頭術を含む）	40
10. <small>せきずい</small> 脊髓、 <small>せきずい</small> 神経の手術 (1) <small>せきずい</small> 神経観血手術（ <small>ねん</small> 形成術、 <small>ねん</small> 移植術、 <small>ねん</small> 切除術、 <small>ねん</small> 減圧術、 <small>ねん</small> 開放術、 <small>ねん</small> 捻除術）	20
(2) <small>せきずい</small> 脊髓 硬膜内外観血手術	40

対象となる手術(注)	倍率
11. 涙嚢、涙管の手術 のう のう (1) 涙嚢摘出術	10
(2) 涙嚢鼻腔吻合術 のう ふん	10
(3) 涙小管形成術	10
12. 眼瞼、結膜、眼窩、涙腺の手術 けん か せん けん (1) 眼瞼下垂症手術	10
(2) 結膜嚢形成術 のう	10
(3) 眼窩ブローアウト(吹抜け)骨折手術 か	20
(4) 眼窩骨折観血手術 か	20
(5) 眼窩内異物除去術 か	10
13. 眼球・眼筋の手術 (1) 眼球内異物摘出術	20
(2) レーザー・冷凍凝固による眼球手術	10
(3) 眼球摘出術	40
(4) 眼球摘除及び組織又は義眼台充填術 てん	40
(5) 眼筋移植術	20
14. 角膜・強膜の手術 (1) 角膜移植術	20
(2) 強角膜瘻孔閉鎖術 ろう	10
(3) 強膜移植術	20

対象となる手術(注)	倍率
15. ぶどう膜、眼房の手術 (1) 観血的前房・虹彩異物除去術	10
(2) 虹彩癒着剥離術	10
(3) 緑内障観血手術(レーザーによる虹彩切除術は13(2)に該当する)	20
16. 網膜の手術 (1) 網膜剥離症手術	20
(2) 網膜光凝固術	20
(3) 網膜冷凍凝固術	20
17. 水晶体、硝子体の手術 (1) 白内障・水晶体観血手術	20
(2) 硝子体観血手術	20
(3) 硝子体異物除去術	20
18. 外耳、中耳、内耳の手術 (1) 観血的鼓膜・鼓室形成術	20
(2) 乳突洞解放術、乳突切開術	10
(3) 中耳根本手術	20
(4) 内耳観血手術	20
19. 鼻・副鼻腔の手術 (1) 鼻骨観血手術(鼻中隔彎曲症手術を除く)	10
(2) 副鼻腔観血手術	20
20. 咽頭、扁桃、喉頭、気管の手術 (1) 気管異物除去術(開胸術によるもの)	40
(2) 喉頭形成術、気管形成術	40
21. 内分泌器の手術 (1) 甲状腺、副甲状腺の手術	20

対象となる手術(注)	倍率
22. 顔面骨、顎関節の手術 がく (1) 頬骨・上顎骨・下顎骨・顎関節靱血手術(歯・歯肉の処置に伴うものは除く)	20
23. 胸部、食道、横隔膜の手術 きょうかく (1) 胸郭形成術	20
(2) 開胸術を伴う胸部手術、食道手術、横隔膜手術	40
(3) 胸腔ドレナージ(持続的なドレナージをいう)	10
24. 心、脈管の手術 (1) 靱血の血管形成術(血液透析用シャント形成術を除く)	20
(2) 大動脈・大静脈・肺動脈・冠動脈手術(開胸または開腹術を伴うもの)	40
(3) 開心術	40
(4) その他開胸術を伴うもの	40
25. 腹部の手術 (1) 開腹術を伴うもの	40
26. 尿路系、副腎、男子性器、女子性器の手術 じん じん じんろう ぼうこう (1) 腎臓・腎盂・尿管・膀胱靱血手術(経尿道的操作は除く)	40
(2) 尿道狭窄靱血手術(経尿道的操作は除く)	20
(3) 尿瘻閉鎖靱血手術(経尿道的操作は除く)	20
(4) 陰莖切断術	40
(5) 睪丸・副睪丸・精管・精索・精嚢・前立腺手術 こう こう せいろう せん	20
(6) 卵管・卵巣・子宮・子宮附属器手術(人工妊娠中絶術、経腔操作を除く) ちつ	20
(7) 腔腸瘻閉鎖術 ちつ ろう	20
(8) 造腔術 ちつ	20
(9) 腔壁形成術 ちつ	20
(10) 副腎摘出術 じん	40
(11) その他開腹術を伴うもの	40

対象となる手術(注)	倍率
27. 上記以外の手術 (1) 上記以外の開頭術	40
(2) 上記以外の開胸術	40
(3) 上記以外の開腹術	40
(4) 上記以外の開心術	40
(5) ファイバースコープまたは血管・バスケットカテーテルによる脳・咽頭・喉頭・胸・腹部臓器手術 (検査、処置は除く)	10

(注) 上表の「手術」とは、医師が治療を直接の目的として、メスなどの器具を用いて患部または必要部位に切除、摘出などの処置を施すことをいいます。

SPORTS
for all