会長		担当理事		会計	

埼医業Ⅰ第1228号
令和3年9月28日

郡市・大学医師会長　殿

埼玉県医師会長　金井　忠男

令和３年度第２回被爆者等健康診断の実施について

このことについて、埼玉県保健医療部長より別添のとおり通知がありました。

つきましては、お忙しいところ恐れ入りますが、貴会管下会員医療機関へご周知いただき、ご協力についてご配慮くださいますようお願い申し上げます。

なお、実施機関は、本会会員医療機関となっておりますことを申し添えます。

担　当：業務Ⅰ課　石川
ＴＥＬ：０４８－８２４－２６１１
ＦＡＸ：０４８－８２２－８５１５

埼玉県医師会 収受 3.9.30 750 号

疾第１４８９－１号
令和３年９月２４日

一般社団法人埼玉県医師会
会長　金井　忠男　様

埼玉県保健医療部長　関本　建二（公印省略）

令和３年度第２回被爆者等健康診断の実施について（通知）

原子爆弾被爆者の医療対策事業につきましては、日頃格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記健康診断及び検診を下記のとおり実施することになりましたので、貴会所属医療機関の御協力につきまして御配慮くださるようお願い申し上げます。

記

１　実施期間

被爆者一般健康診断・被爆者がん検診・被爆者二世健康診断
令和３年１０月１日（金）～ 令和４年１月３１日（月）

２　実施方法

(1)　被爆者健康手帳及び第一種・第二種健康診断受診者証所持者
「医療機関における原子爆弾被爆者健康診断実施要領」による。

(2)　被爆者健康手帳及び第一種健康診断受診者証所持者
「原子爆弾被爆者がん検診実施要領」による。

(3)　被爆者二世健康手帳所持者
「医療機関における被爆者二世健康診断実施要領」による。

３　実施機関

貴医師会に所属する医療機関

４　留意事項

本健診は、強制ではありません（任意）。

なお、新型コロナウイルスの感染拡大防止に配慮しつつ、受診希望者と日程調整を行ってください。

実施時には受診希望者の体調把握に努めるとともに、実施環境の衛生管理に御留意ください。

担　当　疾病対策課　指定難病対策担当
電　話　０４８－８３０－３５８３
ＦＡＸ　０４８－８３０－４８０９

医療機関における原子爆弾被爆者健康診断実施要領

第１　目的

原子爆弾被爆者の健康診断を実施することにより、その健康の保持及び増進を図ることを目的とする。

第２　対象者

被爆者健康手帳及び第一種、第二種健康診断受診者証所持者とする。

第３　健康診断の種類

健康診断の種類は、次の各号に掲げるものとする。

(1)　春、秋の年２回定期（第二種健康診断受診者証所持者は秋の年１回）に行う一般健康診断

(2)　対象者（第二種健康診断受診者証所持者を除く。）の申請により行う一般健康診断

(3)　一般健康診断の結果必要があると認められた者（第二種健康診断受診者証所持者を除く。）に対する精密健康診断

第４　検査の実施機関

第３に定める健康診断の検査は、一般社団法人埼玉県医師会に所属する医師が管理する医療機関（以下「医療機関」という。）が実施するものとする。

第５　健康診断の通知等

県は、第３(1)に定める健康診断の実施について、その都度対象者に通知し、「問診票」、「被爆者一般健康診断成績票」及び別紙様式１「原子爆弾被爆者健康診断検査料請求書（春・秋）（以下「一般健診請求書」という。）」を医療機関に持参させるものとする。

２　県は、第３(3)に定める健康診断の実施について、その都度該当者に通知し、「被爆者精密健康診断成績票」及び別紙様式２「原子爆弾被爆者健康診断検査料請求書（精密）（以下「精密健診請求書」という。）」を医療機関に持参させるものとする。

第６　一般健康診断の項目

一般健康診断は、次の各号に掲げる検査の範囲内とする。

(1)　視診、問診、聴診、打診及び触診による検査

(2)　ＣＲＰ検査

(3)　血球数計算

(4)　血色素検査

(5)　尿検査（ウロビリノーゲン、蛋白、糖、潜血）

(6)　血圧測定

(7)　肝臓機能検査(ＡＳＴ検査法、ＡＬＴ検査法及びγ－ＧＴＰ検査法)で医師が必要と認める場合

(8)　ヘモグロビンＡ１ｃ検査で医師が必要と認める場合

第７　精密健康診断の項目

精密健康診断は、次の各号に掲げる検査の範囲内で、一般健康診断の結果必要と認められるものとする。

(1)　骨髄造血像検査等の血液の検査

(2)　肝臓機能検査等の内臓の検査
(3)　関節機能検査等の運動器の検査
(4)　眼底検査等の視器の検査
(5)　胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査
(6)　その他必要な検査

第８　業務の調査等

県は、必要があると認めるときは、医療機関に対し業務の処理状況につき調査し、又は報告を求めることができる。

第９　検査料の支払等

検査料の請求及び支払行為は、直接県及び医療機関の間で行うものとする。

２　医療機関は、検査終了後遅滞なく「一般健診請求書」に「被爆者一般健康診断成績票」を添付し、又は「精密健診請求書」に「被爆者精密健康診断成績票」を添付して知事に提出するものとする。

３　県は、昭和４３年７月３日付け厚生省発衛第１１６号厚生事務次官通知「原子爆弾被爆者の健康診断等に要する経費の交付について（以下「事務次官通知」という。）」で定める一般検査費に係る基準額を、検査料として医療機関に支払うものとする。

また、県は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額に消費税額を加算した金額（医療機関から消費税額の請求がない場合を除く。）を、精密健康診断検査料として医療機関に支払うものとする。ただし、事務次官通知で定める精密検査費に係る基準額を上限とする。

４　県は、２による適法な「請求書」の提出を受けた場合には、「請求書」を受理した日から３０日以内に、当該医療機関に所定の検査料を支払わなければならない。

第10　秘密の保持等

医療機関は、業務の履行に関して知り得た秘密を第三者に漏らし、又は業務の履行以外の目的に利用してはならない。

第11　交通手当の支払等

この要領で定める健康診断を受けるため電車・バスの公共交通機関（タクシーを含まない。）を利用した受診者は、交通手当を申請することができる。当該受診者は別紙様式３「交通手当申請書」により県に申請するものとする。

２　県は、申請者の自宅から医療機関までの最も経済的な通常の経路及び方法を決定し、それに応じた運賃を支払額として算定する。ただし、支払上限額を設ける。

３　交通手当の支払上限額は、事務次官通知で定める交通手当に係る基準額とする。

第12　原子爆弾被爆者健康診断の実施に関し必要な事項

この要領に定めるもののほか、原子爆弾被爆者健康診断に関し必要な事項は、疾病対策課長が別に定める。

附　則

この要領は、昭和５２年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、昭和６０年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成２０年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成２０年５月７日から適用する。改正前の規定により印刷等されている様式中「埼玉県知事　様」とあるのは、「(宛先) 埼玉県知事」とみなす。

附　則

この要領は、平成２８年４月１日から適用する。

別紙様式２を加える。

別紙様式１を改正する。

附　則

この要領は、平成２９年７月３１日から適用する。

別紙様式１を改正する。

別紙様式２を別紙様式３とし、別紙様式１の次に別紙様式２を加える。

附　則

(施行期日)

この要領は、平成３０年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成３１年４月１日から適用する。

別紙様式１を改正する。

別紙様式１

原子爆弾被爆者健康診断検査料請求書

（　　年度　　春・秋　）

検査項目	単価　　件数　　請求額	※　決定額
一般検査＊	×　　件＝　　円	円
肝臓機能検査	×　　件＝　　円	円
ヘモグロビンＡ１ｃ検査	×　　件＝　　円	円
合　　計	円	円

＊一般検査…対象者に健康診断を実施したことにより支払うもの

※印の欄は記入しないでください。

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

（宛先）
埼　玉　県　知　事

実施医療機関
所在地　〒

名　　称

開設者名　　印
（法人の場合は代表者印）
※開設者が法人の場合は，法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名	支店
口座番号	普通　・　当座　　NO.		
フリガナ			
口座名義			

◎　健康診断成績票（複写用紙３枚）を添付してください。
◎　請求内容に係る埼玉県からの照会先を記入してください。
担当者所属・氏名（　　）　連絡先電話番号（　　）

別紙様式２

原子爆弾被爆者健康診断検査料請求書

（　　年度　精密　　）

区　分	件　数	点　　数	金　　額
請　求　額	件	点	円
※決定額	件	点	円

注　請求額は「点数＊　×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ）により算定してください。
　　なお、上限額（　　円）を超える場合は、金額欄に上限額を記入してください。
　　＊件数が複数の場合は、合算後の点数（例：「６２０点×２×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ））

※印の欄は記入しないでください。

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

（宛先）
埼玉県知事

実施医療機関
所在地　〒

名　　称

開設者名　　印
（法人の場合は代表者印）

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名	支店
口座番号	普通　・　当座　　NO.		
フリガナ			
口座名義			

◎　被爆者精密健康診断成績票を添付してください。
◎　請求内容に係る埼玉県からの照会先を記入してください。
　　担当者所属・氏名（　　）　連絡先電話番号（　　）

別紙様式３

交通手当申請書

年　　月　　日

（宛先）
埼玉県知事
下記のとおり、被爆者健康診断を受診したので、交通手当を申請します。

記

フリガナ 氏　名	印	手帳番号 （７ケタ）							
住　所	〒　　－ （電話番号）　　－　　－								
健診の種類	一般・精密（　　年度　春・秋）								
受診年月日	年　　月　　日								
医療機関名 及び所在地									

自宅から医療機関までの経路及び運賃（最も経済的な通常の経路及び方法による最下級運賃）

交通機関の種類 ＪＲ・私鉄（　　線） ・バス（　　バス）	乗車区間 （乗降車駅名、バス停名を正しく記入してください）	片道運賃	往復運賃	スイカ等ICカードを利用した場合は○
	～			IC利用
	～			IC利用
	～			IC利用
	～			IC利用
	合　計			
	※決定額	円 ※の欄は記入しないでください。		

下記の口座に振り込んでください。

振込先 金融機関	銀　行 信用金庫　　支店 農　協	口座番号	普通 Ｎｏ．
フリガナ			
口座名義	＊本人名義の口座に限ります		

原子爆弾被爆者がん検診実施要領

第１　目的

被爆者の高齢化に伴い健康に対する不安が増大している状況等に鑑み、がん検診を実施することにより、被爆者の健康に対する不安の解消と健康管理の充実を図ることを目的とする。

第２　対象者

被爆者健康手帳所持者及び第一種健康診断受診者証所持者とする。

第３　検査項目及び検査内容

次の各号に掲げる検診は、年１回を限度とするものとする。

(1)　胃がん検診　問診及び胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査
(2)　肺がん検診　問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診。ただし、喀痰細胞診は、問診の結果医師が必要と認める者に行う場合に限る。
(3)　乳がん検診　問診、視診、触診及び乳房エックス線検査
(4)　子宮がん検診　問診、視診、内診、子宮頸部の細胞診及びコルポスコープ検査並びに子宮体部の細胞診（子宮内膜細胞診）。ただし、コルポスコープ検査及び子宮体部の細胞診は、問診等の結果医師が必要と認める者に行う場合に限る。
(5)　大腸がん検診　問診及び便潜血検査
(6)　多発性骨髄腫検診　問診及び血清蛋白分画検査

第４　精密検査

精密検査は、次の各号に掲げる検査の範囲内で、前項各号の検査の結果必要と認められるものとする。

(1)　骨髄造血像検査等の血液の検査
(2)　肝臓機能検査等の内臓の検査
(3)　関節機能検査等の運動器の検査
(4)　眼底検査等の視器の検査
(5)　胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査
(6)　その他必要な検査

第５　検査の実施機関

第３及び第４に定める検査は、一般社団法人埼玉県医師会に所属する医師が管理する医療機関（以下「医療機関」という。）が実施するものとする。

第６　がん検診の通知等

県は、第３に定める検査の実施について、年１回対象者に通知し、「被爆者がん検診成績票」及び別紙様式１「原子爆弾被爆者がん検診検査料請求書（以下「一般検査請求書」という。）」を医療機関に持参させるものとする。

２　県は、第４に定める精密検査の実施について、その都度該当者に通知し、「被爆者精密健康診断成績票」及び別紙様式２「原子爆弾被爆者健康診断検査料請求書（精密）（以下「精密検査請求書」という。）」を医療機関に持参させるものとする。

第７　業務の調査等

県は、必要があると認めるときは、医療機関に対し業務の処理状況につき調査し、又は報告を求めることができる。

第８　検査料の支払等

検査料の請求及び支払行為は、直接県及び医療機関の間で行うものとする。

２　医療機関は、検査終了後遅滞なく、「一般検査請求書」に、「被爆者がん検診成績票」を添付し、又は「精密検査請求書」に「被爆者精密健康診断成績票」を添付して知事に提出するものとする。

３　県は、昭和４３年７月３日付け厚生省発衛第１１６号厚生事務次官通知「原子爆弾被爆者の健康診断等に要する経費の交付について（以下「事務次官通知」という。）」で定めるがん検査費に係る基準額を、検査料として医療機関に支払うものとする。

また、県は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額に消費税額を加算した金額（医療機関から消費税額の請求がない場合を除く。）を、精密健康診断検査料として医療機関に支払うものとする。ただし、事務次官通知で定める精密検査費に係る基準額を上限とする。

４　県は、２による適法な「請求書」の提出を受けた場合には、「請求書」を受理した日から３０日以内に、当該医療機関に所定の検査料を支払わなければならない。

第９　秘密の保持等

医療機関は、業務の履行に関して知り得た秘密を第三者に漏らし、又は業務の履行以外の目的に利用してはならない。

第10　交通手当の支払等

この要領で定めるがん検診を受けるため電車・バスの公共交通機関（タクシーを含まない。）を利用した受診者は、交通手当を申請することができる。当該受診者は別紙様式３「交通手当申請書」により県に申請するものとする。

２　県は、申請者の自宅から医療機関までの最も経済的な通常の経路及び方法を決定し、それに応じた運賃を支払額として算定する。ただし、支払上限額を設ける。

３　交通手当の支払上限額は、事務次官通知で定める交通手当に係る基準額とする。

第11　原子爆弾被爆者がん検診の実施に関し必要な事項

この要領に定めるもののほか、原子爆弾被爆者がん検診に関し必要な事項は、疾病対策課長が別に定める。

附　則

この要領は、昭和６３年１２月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成４年４月１３日から適用する。

附　則

この要領は、平成１８年１０月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成１９年１０月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成２０年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成２０年５月７日から適用する。改正前の規定により印刷等されている様式中「埼玉県知事　様」とあるのは、「（宛先）埼玉県知事」とみなす。

附　則

この要領は、平成２８年４月１日から適用する。

別紙様式２を加える。
別紙様式３を加える。
別紙様式１を改正する。

附　則

この要領は、平成２８年１０月１日から適用する。
別紙様式１を改正する。

附　則

この要領は、平成２９年７月３１日から適用する。
別紙様式１及び別紙様式２を改正する。

附　則

（施行期日）

１　この要領は、平成３０年４月１日から適用する。

２　この要領による改正前の第８検査料の支払等の規定による検査料の請求及び支払行為については、改正後の第８検査料の支払等の規定にかかわらず、なお従前の例による。

別紙様式１

原子爆弾被爆者がん検診検査料請求書

（　　年度）

検診項目		単価	件数	請求額	※決定額
胃がん	直接	×	件＝	円	円
	間接	×	件＝	円	円
	内視鏡	×	件＝	円	円
肺がん	X線	×	件＝	円	円
	X線＋喀痰細胞診	×	件＝	円	円
乳がん	一般	×	件＝	円	円
	一般＋X線	×	件＝	円	円
子宮がん	頚部細胞診	×	件＝	円	円
	頚部・体部細胞診	×	件＝	円	円
	頚部細胞診＋コルポ	×	件＝	円	円
	頚部・体部細胞診＋コルポ	×	件＝	円	円
大腸がん		×	件＝	円	円
多発性骨髄腫		×	件＝	円	円
合計			件	円	円

※印の欄は記入しないでください。

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

（宛先）
埼玉県知事

実施医療機関
所在地　〒

名　　称

開設者名　　印
（法人の場合は代表者印）

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名	支店
口座番号	普通・当座　NO.		
フリガナ			
口座名義			

◎　がん検診成績票（複写用紙３枚）を添付してください。
◎　請求内容に係る埼玉県からの照会先を記入してください。
担当者所属・氏名（　　）　連絡先電話番号（　　）

別紙様式２

原子爆弾被爆者健康診断検査料請求書(精密)

（　　年度　　がん　　）

区　分	件　数	点　　数	金　　額
請　求　額	件	点	円
※決定額	件	点	円

注　請求額は「点数＊　×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ）により算定してください。
　　なお、上限額（　　円）を超える場合は、金額欄に上限額を記入してください。
　　＊件数が複数の場合は、合算後の点数（例：「６２０点×２×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ））

※印の欄は記入しないでください。

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

(宛先)
埼　玉　県　知　事

実施医療機関
所在地　〒

名　　称

開設者名　　印
(法人の場合は代表者印)

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名	支店
口座番号	普通　・　当座　　NO.		
フリガナ			
口座名義			

◎　被爆者精密健康診断成績票を添付してください。
◎　請求内容に係る埼玉県からの照会先を記入してください。
　　担当者所属・氏名（　　）　連絡先電話番号（　　）

別紙様式３

交通手当申請書

年　　月　　日

（宛先）
埼玉県知事
下記のとおり、被爆者がん検診を受診したので、交通手当を申請します。

記

フリガナ		手帳番号（７ケタ）	
氏　名	印		
住　所	〒　　－ （電話番号）　　－　　－		
健診の種類	**がん・がん精密（　　年度）**		
受診年月日	年　　月　　日		
医療機関名及び所在地			

自宅から医療機関までの経路及び運賃（最も経済的な通常の経路及び方法による最下級運賃）

交通機関の種類 ＪＲ・私鉄（　　線） ・バス（　　バス）	乗車区間 （乗降車駅名、バス停名を正しく記入してください）	片道運賃	往復運賃	スイカ等ICカードを利用した場合は○
	～			IC利用
	～			IC利用
	～			IC利用
	～			IC利用
	合　計			
	※決定額	円 ※の欄は記入しないでください。		

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	銀　行 信用金庫　　支店 農　協	口座番号	普通 Ｎｏ.
フリガナ			
口座名義	＊本人名義の口座に限ります		

医療機関における被爆者二世健康診断実施要領

第１　目的

原爆被爆者二世の中には、健康面での不安を訴え、健康診断を希望する者が多い現状に鑑み、健康診断を実施して、原爆被爆者二世の健康状況の実態を把握するとともに健康管理に資することを目的とする。

第２　対象者

被爆者二世健康手帳所持者とする。

第３　健康診断の種類

健康診断の種類は、次の各号に掲げるものとする。

(1)　春、秋の年２回定期に行う一般健康診断

(2)　一般健康診断の結果必要があると認められた者に対する精密健康診断

第４　健康診断実施医療機関

第３に定める健康診断は、一般社団法人埼玉県医師会に加入している医療機関（以下「医療機関」という。）が実施するものとする。

第５　健康診断の通知等

県は、第３(1)に定める一般健康診断の実施について、その都度対象者に通知し、「問診票」、「健康診断個人票（一般検査用）」及び「（別紙様式１－１）被爆者二世健康診断検査料請求書(春)」又は「（別紙様式１－２）被爆者二世健康診断検査料請求書(秋)」を医療機関に持参させるものとする。

２　県は、第３(2)に定める精密健康診断の実施について、その都度該当者に通知し、「健康診断個人票（精密検査用）」及び「（別紙様式１－３）被爆者二世健康診断検査料請求書（精密）」を医療機関に持参させるものとする。

第６　一般健康診断の項目

一般健康診断は、次の各号に掲げる検査の範囲内とする。ただし、(9)については秋に行う一般健康診断のみの検査とする。

(1)　視診、問診、聴診、打診及び触診による検査

(2)　ＣＲＰ定量検査

(3)　血球数計算

(4)　血色素検査

(5)　尿検査（ウロビリノーゲン、蛋白、糖、潜血）

(6)　血圧測定

(7)　肝臓機能検査(ＡＳＴ検査法、ＡＬＴ検査法及びγ－ＧＴＰ検査法)で医師が必要と認める場合

(8)　ヘモグロビンＡ１ｃ検査で医師が必要と認める場合
(9)　血清蛋白分画検査による多発性骨髄腫検査で受診者が希望する場合

第７　精密健康診断の項目

精密健康診断は、次の各号に掲げる検査の範囲内で、一般健康診断の結果必要と認められるものとする。

(1)　骨髄造血像検査等の血液の検査
(2)　肝臓機能検査等の内臓の検査
(3)　関節機能検査等の運動器の検査
(4)　眼底検査等の視器の検査
(5)　胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査
(6)　その他必要な検査

第８　業務の調査等

県は、必要があると認めるときは、医療機関に対し業務の処理状況につき調査し、又は報告を求めることができる。

第９　検査料の支払等

検査料の請求及び支払行為は、直接県及び医療機関の間で行うものとする。

２　医療機関は、検査終了後遅滞なく「（別紙様式１－１）被爆者二世健康診断検査料請求書(春)」又は「（別紙様式１－２）被爆者二世健康診断検査料請求書(秋)」に「健康診断個人票（一般検査用）」を、又は「（別紙様式１－３）被爆者二世健康診断検査料請求書(精密)」に「健康診断個人票（精密検査用）」を添付して知事に提出するものとする。

３　県は、健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額に消費税額を加算した金額（医療機関から消費税額の請求がない場合を除く。）を、検査料として医療機関に支払うものとする。ただし、被爆二世健康診断調査事業実施要綱（平成１５年７月２５日付け健発第0725002号厚生労働省健康局長通知）で定める被爆二世健康診断検査費に係る基準額を上限とする。

４　県は、２による適法な「請求書」の提出を受けた場合には、「請求書」を受理した日から３０日以内に、当該医療機関に所定の検査料を支払わなければならない。

第10　秘密の保持等

医療機関は、業務の履行に関して知り得た秘密を第三者に漏らし、又は業務の履行以外の目的に利用してはならない。

第11　被爆者二世健康診断の実施に関し必要な事項

この要領に定めるもののほか、被爆者二世健康診断に関し必要な事項は、疾病対策課長が別に定める。

附　則

この要領は、平成１７年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成２０年４月１日から適用する。改正前の規定により印刷等されている様式中「埼玉県知事　様」とあるのは、「（宛先）埼玉県知事」とみなす。

附　則

この要領は、平成２８年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成２８年１０月１日から適用する。

別紙様式１を改正する。

附　則

この要領は、平成２９年７月３１日から適用する。

別紙様式１－１、別紙様式１－２及び別紙様式１－３を改正する。

附　則

この要領は、平成３０年４月１日から適用する。

附　則

この要領は、平成３１年４月１日から適用する。

別紙様式１－１、別紙様式１－２及び別紙様式１－３を改正する。

（別紙様式１－１）

被爆者 二世 健康診断検査料請求書（春）

（　　年度　）

区　分	件　数	点　　数	金　　額
請　求　額	件	点	円
※ 決 定 額	件	点	円

注　請求額は「点数＊　×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ）により算定してください。
　　なお、上限額（　　円）を超える場合は、金額欄に上限額を記入してください。
　　＊件数が複数の場合は、合算後の点数（例：「７３３点×２×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ））

※印の欄は記入しないでください。

＊検査料内訳（診療報酬点数を記入してください。）

検査項目		点数	検査項目		点数
白血球数・赤血球数・ヘモグロビン（Hb）・ヘマトクリット（Ht）			初・再診料 その他判断料		
ヘモグロビンＡ１ｃ					
肝機能	ＡＳＴ				
	ＡＬＴ				
	γ－ＧＴＰ				
ＣＲＰ					
尿検査			合　計		

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

（宛先）

埼　玉　県　知　事

実施医療機関
所 在 地　〒

名　　称

開設者名　　印
（法人の場合は代表者印）

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名	支店
口座番号	普通 ・ 当座　No.		
フリガナ			
口座名義			

◎　「健康診断個人票（複写用紙３枚）」及び「問診票（複写用紙２枚）」を添付してください。
◎　請求内容に係る埼玉県からの照会先を記入してください。
　　担当者所属・氏名（　　）　連絡先電話番号（　　）

（別紙様式１－２）

被爆者 二世 健康診断検査料請求書（秋）

（　　年度　）

区分	①検査			②検査（多発性骨髄腫検査）			合計金額 ①＋②
	件数	点数	金額	件数	点数	金額	
請求額	件	点	円	件	点	円	円
※決定額	件	点	円	件	点	円	円

注　請求額は「点数＊　×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ）により算定してください。
　　なお、上限額（　　円）を超える場合は、金額欄に上限額を記入してください。
　　＊件数が複数の場合は、合算後の点数（例：「７３３点×２×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ））
※印の欄は記入しないでください。

＊検査料内訳（診療報酬点数を記入してください。）

検査項目		点数	検査項目		点数
白血球数・赤血球数・ヘモグロビン（Hb）・ヘマトクリット（Ht）			その他		
ヘモグロビンＡｌｃ					
肝機能	ＡＳＴ				
	ＡＬＴ				
	γ-ＧＴＰ			①検査　合計	
ＣＲＰ			多発性骨髄腫検査	血清蛋白分画	
尿検査				その他（　　）	
				②検査　合計	

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

（宛先）
埼玉県知事

実施医療機関
所在地　〒

名　　称

開設者名　　印
（法人の場合は代表者印）

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名	支店
口座番号	普通・当座　No.		
フリガナ			
口座名義			

◎　「健康診断個人票（複写用紙３枚）」及び「問診票（複写用紙２枚）」を添付してください。
◎　請求内容に係る埼玉県からの照会先を記入してください。
担当者所属・氏名（　　）　連絡先電話番号（　　）

（別紙様式１－３）

被爆者 二世 健康診断検査料請求書（精密）

（　　年度　）

区　分	件　数	点　　数	金　　額
請　求　額	件	点	円
※決定額	件	点	円

注　請求額は「点数＊　×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ）により算定してください。
なお、上限額（　　円）を超える場合は、金額欄に上限額を記入してください。
＊件数が複数の場合は、合算後の点数（例：「７３３点×２×１０＋消費税額」（１円未満切り上げ））

※印の欄は記入しないでください。

検査料内訳（診療報酬点数を記入してください。）

検査項目		点数	検査項目		点数
白血球数・赤血球数・ヘモグロビン（Hb）・ヘマトクリット（Ht）			初診料・再診料	その他	
ヘモグロビンＡ１ｃ					
肝機能	ＡＳＴ				
	ＡＬＴ				
	γ－ＧＴＰ				
ＣＲＰ					
尿検査			合　計		

上記のとおり請求します。

年　　月　　日

（宛先）

埼　玉　県　知　事

実施医療機関
所在地　〒

名　　称

開設者名　　印
（法人の場合は代表者印）

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください

下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		支店名	支店
口座番号	普通・当座　No.		
フリガナ			
口座名義			

◎　「健康診断個人票（複写用紙３枚）」を添付してください。
◎　請求内容に係る埼玉県からの照会先を記入してください。
担当者所属・氏名（　　）　連絡先電話番号（　　）