会長		担当理事		会計	

埼医業Ⅰ第1262号
令和4年9月30日

郡市・大学医師会長　殿

埼玉県医師会長　金井　忠男
（公印省略）

令和４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

春加八潮医師会
収受
4.9.30
第710号

疾第１５６１－１号
令和４年９月２６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　山﨑　達也
（公印省略）

令和４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４年１０月１日（土）～ 令和５年１月３１日（火）

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

被爆者一般健康診断

疾第１２２２－１号
令和４年９月２９日

被爆者健康手帳所持者
健康診断受診者証所持者
様

埼玉県保健医療部長（公印省略）

令和４年度第２回被爆者健康診断の実施について（通知）

下記のとおり被爆者健康診断を実施しますので、御希望の方は、本通知を十分御覧いただき、埼玉県内の医療機関（埼玉県医師会に加入している医療機関）で受診してください。

なお、検査の結果は、後日埼玉県から通知します。

記

１　対象者	被爆者健康手帳所持者・健康診断受診者証所持者 ※　本健診は、強制ではありません。（任意） かかりつけ医等のもとで治療等を受けている場合、他の健診事業の対象者となっている場合など、検査が重複することも想定されますので、現在の健康管理の状況を考慮の上、受診するか御検討ください。
２　実施期間	令和４年１０月１日（土）～令和５年１月３１日（火） ※ 新型コロナウイルス等の影響で受診予約が取りにくい状況等が想定されます。 実施期間は十分に確保しておりますが、受診される方は余裕を持って医療機関に予約の上、受診してください。 ※ 次回、令和５年度第１回被爆者健康診断の実施は、令和５年４月１日～令和５年９月３０日を予定しています。
３　実施医療機関	埼玉県内の医療機関 （埼玉県医師会に加入している医療機関）
４　持参するもの	(1)　被爆者健康手帳又は健康診断受診者証 (2)　一般健康診断問診票（問診票） (3)　被爆者一般健康診断についてのお願い（請求書含む） (4)　被爆者一般健康診断成績票（成績票）※複写用紙 ※念のため、本案内を含めて一式を御持参ください。

裏面も必ずお読みください。

（裏面）

留意事項

● 多くの医療機関が予約を必要としていますので、あらかじめ受診を希望する医療機関に直接お問い合わせください。
医療機関が混み合うこともありますので、お早めの予約をおすすめします。
また、お問い合わせの際に、医療機関が埼玉県医師会に加入しているか確認してください。（県庁疾病対策課では、医師会加入の有無についてのお問い合わせにはお答えできかねます。）

●【重要】健康診断の受診は令和４年１０月１日（土）から令和５年１月３１日（火）までとなります。９月中はまだ受診することはできませんので、御注意ください。

● 受診当日は、新型コロナウイルスの感染拡大防止等の観点から、受診時の体調に留意しつつ、医療機関の指示に従って受診していただくようお願いいたします。

● 「成績票」に、下記の記入例を参照の上、事前に必要事項を記入して医療機関の窓口に提出してください。
「問診票」も事前に記入して医療機関の窓口に提出してください。

● この健康診断は、御加入されている健康保険等により実施される健康診断等と、検査項目が異なる場合があります。
他の健康診断の内容はそれぞれの実施者に御確認ください。

＜成績票記入例＞　受診前に必ず記入してください。

被爆者一般健康診断成績票

手帳番号	0012345	氏　名	埼玉　太郎
住　所	〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1		
生年月日	明治・大正・(昭和) 5年4月3日生 (男)・女		
検査年月日	年　月　日	点数	〈判定〉 いずれかの項目に…

太枠の部分を
ボールペンで
強く記入してください。

その他

● 健康診断受診のため電車・バスの公共交通機関（タクシー不可）を４００円以上利用した方には、交通手当が支給されますので（上限９９０円）、別紙様式３「交通手当申請書」に記入・押印の上、各保健所または下記担当まで申請してください。
必ず振込口座のわかる通帳又はキャッシュカードのコピーを添付してください。
なお、経路や金額により、支給できないこともありますので御了承ください。

担当：埼玉県保健医療部疾病対策課　指定難病対策担当
〒３３０－９３０１　さいたま市浦和区高砂３－１５－１
℡０４８－８３０－３５８３（直通）
※本案内全体をよくお読みいただき、御不明な点はお問い合わせください。

別紙様式３

交 通 手 当 申 請 書

令和　　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		手帳番号 （７ケタ）	
住　　所	〒　　－ （電話番号）　　－　　－		
健診の種類	一般（令和４年度　秋）		
受診年月日	令和　　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）
※公共交通機関を利用した場合のみ対象（タクシーは対象外）

公共交通機関の種類 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			

上限額：９９０円
※合計額が上限額を超える場合は、９９０円をお支払いします。
※合計額が４００円以上となった場合のみ申請できます。

※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		

【必要書類】上記口座の通帳又はキャッシュカードの口座名義・番号等がわかる部分のコピー

一般健康診断問診票　令和４年度（秋）

（面接年月日　令和　　年　　月　　日）

氏　　名	＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	（男・女）
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	（　　歳）
区　　分	被爆者　・　受診者証	

1　現在、治療中の病気はありますか？ ない・ある（病名　　）

2　過去に病気をしたことがありますか？ ない・ある（病名　　）

3　現在のからだの調子について伺います。

●突然、胸の奥がしめつけられるように苦しくなることがありますか？ ない・ある
●動悸・息切れがして、気分が悪くなることがありますか？ ない・ある
●手足が震えたり、からだのどこかに感じの鈍いところがありますか？ ない・ある
●せきやたんが最近特に増えましたか？ 増えない・増えた
●最近食欲はありますか？ ない・ある
●たびたび腹痛がありますか？ ない・ある
●胸やけがしたり、すっぱいものが口の中へあがってきたりしますか?しない・する
●最近急にやせてきましたか？　やせない・やせた
●仕事が続けられないほど、背中や腰が痛みますか？　痛まない・痛む
●頭痛、めまいがしますか？　しない・する

4　生活習慣について伺います。

（1）嗜好品

●たばこ：吸わない・やめた・吸う（１日＿＿＿本　＿＿歳から＿＿歳まで　）
●アルコール：飲まない・時々飲む・毎日飲む
（種類：＿＿＿＿　１日量＿＿＿本・合・杯）

（2）食生活

●欠食することがありますか？ はい・（朝・昼・夕）・いいえ
●間食をしますか？ はい・いいえ

（3）便通　＿＿＿日に＿＿＿回・便秘しやすい・下痢しやすい

（4）睡眠　よく眠る（＿＿＿時間）・よく眠れない（＿＿＿時間以下）

（5）運動　よくする（内容：＿＿＿＿　１回の運動時間＿＿＿分、週　＿＿＿回）
・ほとんどしない

5　女性の方は以下の質問に答えて下さい。

（1）最近月経の時以外に性器から出血がありますか？ ない・ある
（2）最近おりものが多くなりましたか？ いいえ・多い
（3）乳房を手のひらで押さえると固いしこりがありますか？ ない・ある

6　医師に特に相談したいことがありますか？ ない・ある

＊受診する医療機関へ必ずお渡しください＊

被爆者一般健康診断

令和４年９月３０日

（埼玉県医師会加入の医療機関の皆様へ）

被爆者一般健康診断についてのお願い

被爆者の健康診断につきましては、日頃御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和４年度第２回被爆者健康診断を下記のとおり実施してくださいますようお願いいたします。

記

１　受診対象者	被爆者健康手帳所持者・健康診断受診者証所持者
２　実施期間	令和４年１０月１日（土）～令和５年１月３１日（火） ※ただし、下記５のとおり請求書提出〆切がありますので御注意ください。 ※次回、令和５年度第１回被爆者健康診断の実施は、令和５年４月１日～令和５年９月３０日を予定しています。
３　受診者が持参するもの一覧 ・ 健診結果の記入方法等	(1)　被爆者健康手帳又は健康診断受診者証 (2)　一般健康診断問診票（問診票） ※「問診票」は健康診断の参考にしてください。 （請求書への添付は不要です）。 (3)　被爆者一般健康診断についてのお願い ※請求方法については下記５参照。 (4)　被爆者一般健康診断成績票（成績票）※複写用紙 ※本健診は、「成績票」に記載されている検査の範囲内で実施してください。 また、本健診は対象者に受診を強制するものではなく、必ずしもすべての項目を実施する義務もありません。 特に「肝臓機能検査」及び「ヘモグロビン A1c」は、医師が必要と認めた場合にのみ実施してください。 ※「成績票」の太枠内は事前に受診者の方に記入していただくようお願いしています。 太枠内を含め、記入もれがないか確認した上で、健診結果を記入してください。 ※「成績票」の判定欄の「異常なし」「経過観察」「治療中」「要精密検査」のいずれかに○印を付けてください。 「要精密検査」の場合は、精密検査を必要とする項目を記入してください。 なお、該当するものがない場合（要治療、要再検査等）は、「その他」に記入してください。 ※各種用紙が不足する場合、御本人に改めて御持参いただくか、後掲ホームページからダウンロード（複写用紙除く）してください。

裏面も必ずお読みください。

（裏面）

4　健診結果の取扱い	「成績票」は、４枚複写のうち１枚目を医療機関の控えとし、残り３枚を「検査料請求書」に添付してください。 受診者への検査結果の通知については、埼玉県から複写用紙のうち（本人送付用）を送付して行います。
5　検査料の請求・支払い	本健診に要する検査料は、埼玉県から医療機関に後日お支払いします。下表「検査料算定表」に基づき、別紙様式１に成績票を添えて埼玉県に請求してください。 ※御本人への結果通知や精密検査の御案内を行う必要上、健康診断終了後、順次、速やかに御提出ください。 （最終）令和５年２月２０日（月）まで必着 ※なお、本健診時に成績票に記載のない検査を実施した場合には、その分の検査料をお支払いできませんので、御注意ください。 また、「成績票」記載の範囲内で実施したものについては、受診者本人の自己負担はありません。 ※医療法人の場合、「検査料請求書」は下記記入例を参照して作成してください。

（検査料算定表・令和４年４月改正時点）

検査項目				単価（１人分）
一般検査	白血球数	尿検査	蛋白	5,643円
	赤血球数		糖	
	ヘモグロビン(Hb)		ウロビリノーゲン	
	ヘマトクリット(Ht)		潜血	
	CRP	血圧値		
肝臓機能検査	AST ALT γ-GTP			2,079円
ヘモグロビンA１c検査	ヘモグロビンA1c			539円

※検査料は「単価 ×のべ検査人員数」でお支払いします。
※単価には初診料、血液採取（静脈）、各種判断料が含まれています。

【請求書記入例：医療機関が法人の場合】

開設者名　医療法人埼玉会　理事長　浦和一郎

※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。

医療法人では、代表者の肩書は「院長」ではなく「理事長」です。理事長名で請求してください。
理事長とは別の方（院長など）を請求者として記入する場合は、理事長からの本件手続きに関する委任状（任意様式）など権限を示す書類も必要です。

県ホームページの御案内（健診情報掲載中）

検索サイトや埼玉県庁ホームページで「埼玉県　被爆者医療」で検索し、『被爆者援護に携わる医療機関、介護事業者の方へ』のページを御覧ください。

又は右の二次元コードを読み取り⇒

（請求書等送付先）〒３３０－９３０１　さいたま市浦和区高砂３－１５－１
埼玉県保健医療部疾病対策課　指定難病対策担当
TEL０４８－８３０－３５８３（直通）

原子爆弾被爆者健康診断検査料請求書

（　令和４年度　秋　）

検査項目	単価　　件数　　請求額	※　決定額
一般検査＊	5,643円　×　　件＝　　円	円
肝臓機能検査	2,079円　×　　件＝　　円	円
ヘモグロビンＡ１ｃ検査	539円　×　　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。

令和　　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

※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。※上記開設者名と同一名義の口座を御指定ください。

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。
◎　請求内容について確認事項等がある場合の連絡先を記入してください。
担当者所属・氏名（　　）　連絡先電話番号（　　）

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Ａｌｃ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

※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

※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		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		

（医療機関控）

被爆者一般健康診断成績票

手帳番号 （７ケタ）		ふりがな 氏　名		
住　所				
生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日		性別	男・女

検査年月日	年　月　日		<判　定> いずれかの項目に○印をつけてください。 **異常なし** **経過観察** **治療中** （　　） **要精密検査** （　　） **その他** （　　）
白血球数		/㎣	
赤血球数		$\times 10^4$/㎣	
ヘモグロビン（Ｈｂ）		g/dℓ	
ヘマトクリット（Ｈｔ）		%	
ヘモグロビンＡ１ｃ		%	
肝臓機能検査	ＡＳＴ	IU/ℓ	
	ＡＬＴ	IU/ℓ	
	γ－ＧＴＰ	IU/ℓ	
ＣＲＰ		mg/dℓ	
尿検査	蛋白	陽性・陰性	指示事項
	糖	陽性・陰性	
	ウロビリノーゲン	増加・正常・減少	
	潜血	陽性・陰性	
血圧値		最大　㎜Hg 最小　㎜Hg	
医療機関名			

◎医療機関へのお願い

別添「被爆者一般健康診断についてのお願い」に記載の要領を御確認のうえ、御記入いただきますようお願いします。記入もれに御注意ください。

医療機関控を除く３枚を県へ提出してください。

被爆者一般健康診断成績票

手帳番号 （７ケタ）		ふりがな 氏　名		
住　所				
生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日		性別	男・女

検査年月日		年　月　日	＜判　定＞ いずれかの項目に○印を つけてください。 異常なし 経過観察 治療中 （　　） 要精密検査 （　　） その他 （　　）
白血球数		/㎣	
赤血球数		×10^4/㎣	
ヘモグロビン(Ｈｂ)		g/dℓ	
ヘマトクリット(Ｈｔ)		%	
ヘモグロビンＡ１ｃ		%	
肝臓機能検査	ＡＳＴ	IU/ℓ	
肝臓機能検査	ＡＬＴ	IU/ℓ	
肝臓機能検査	γ-ＧＴＰ	IU/ℓ	
ＣＲＰ		mg/dℓ	
尿検査	蛋白	陽性・陰性	指示事項
尿検査	糖	陽性・陰性	
尿検査	ウロビリノーゲン	増加・正常・減少	
尿検査	潜血	陽性・陰性	
血圧値		最大　mmHg 最小　mmHg	
医療機関名			

（本人送付用）

被爆者一般健康診断成績票

手帳番号 （７ケタ）		ふりがな 氏　名		
住　所				
生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日		性別	男・女

検査年月日	年　月　日		<判　定> いずれかの項目に○印をつけてください。 異常なし 経過観察 治療中 （　　） 要精密検査 （　　） その他 （　　）
白血球数		/㎣	
赤血球数		×10^4/㎣	
ヘモグロビン（Ｈｂ）		g/dℓ	
ヘマトクリット（Ｈｔ）		%	
ヘモグロビンＡ１ｃ		%	
肝臓機能検査	ＡＳＴ	IU/ℓ	
	ＡＬＴ	IU/ℓ	
	γ－ＧＴＰ	IU/ℓ	
ＣＲＰ		㎎/dℓ	
尿検査	蛋白	陽性・陰性	指示事項
	糖	陽性・陰性	
	ウロビリノーゲン	増加・正常・減少	
	潜血	陽性・陰性	
血圧値		最大　㎜Hg 最小　㎜Hg	
医療機関名			

被爆者一般健康診断成績票

手帳番号 （７ケタ）		ふりがな 氏　名			
住　所					
生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日			性別	男・女

検査年月日		年　月　日		<判　定> いずれかの項目に○印をつけてください。 異常なし 経過観察 治療中 （　　） 要精密検査 （　　） その他 （　　）
白血球数		/㎣		
赤血球数		×10^4/㎣		
ヘモグロビン（Ｈｂ）		g/dℓ		
ヘマトクリット（Ｈｔ）		%		
ヘモグロビンＡ１ｃ		%		
肝臓機能検査	ＡＳＴ	IU/ℓ		
	ＡＬＴ	IU/ℓ		
	γ-ＧＴＰ	IU/ℓ		
ＣＲＰ		mg/dℓ		
尿検査	蛋白	陽性・陰性		指示事項
	糖	陽性・陰性		
	ウロビリノーゲン	増加・正常・減少		
	潜血	陽性・陰性		
血圧値		最大　mmHg 最小　mmHg		
医療機関名				

被爆者がん検診

疾第１２２２－２号
令和４年９月２９日

被爆者健康手帳所持者
健康診断受診者証所持者
（第一種）
様

埼玉県保健医療部長（公印省略）

令和４年度被爆者がん検診の実施について（通知）

下記のとおり被爆者がん検診を実施しますので、御希望の方は埼玉県内の医療機関（埼玉県医師会に加入している医療機関）で受診してください。
なお、検査の結果は、後日埼玉県から通知します。

記

１　受診対象者	被爆者健康手帳所持者 第一種健康診断受診者証所持者
２　実施期間	令和４年１０月１日（土）～ 令和５年１月３１日（火） ※実施期間の終期に御注意ください。 ※本検診は、強制するものではありません。（任意） ※例年、実施期間の終わりごろに受診を希望する方が、体調不良等により、受診できない事例が発生しています。新型コロナウイルスの影響で、医療機関の予約を取りにくい状況も予想されますので、受診希望の方はお早目に医療機関に御予約ください。
３　実施医療機関	埼玉県内の医療機関（埼玉県医師会に加入している医療機関） ※医療機関によっては、全項目検査できない、また、全項目を一日で検査できないことがありますので、事前に医療機関に確認してから受診してください。 ※成績票は１医療機関１枚となりますので、２か所以上の医療機関で受診される場合は、成績票の必要数を裏面の担当まで御連絡ください。追加配付します。
４　持参するもの	(1)　被爆者健康手帳 又は 第一種健康診断受診者証 (2)　被爆者がん検診についてのお願い（請求書含む） (3)　被爆者がん検診成績票（複写用紙） ※念のため、本案内を含めて一式を御持参ください。

裏面も必ずお読みください。

◎ がん検診の項目

(1) 胃がん検診（問診・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・医師が必要と認めた場合は喀痰（かくたん）細胞診）
(3) 乳がん検診（問診・視診・触診・※乳房エックス線検査）
（※やむを得ない場合は省略可）
(4) 子宮がん検診
（問診・視診・内診・頚部細胞診・医師が必要と認めた場合はコルポスコープ検査・体部細胞診）
(5) 大腸がん検診（問診・便潜血検査）
(6) 多発性骨髄腫検診（問診・血清蛋白分画検査）

◎ 留意事項

・ 多くの医療機関が予約を必要としていますので、あらかじめ医療機関にお問い合わせください。
また、お問い合わせの際に、医療機関が埼玉県医師会に加入しているか確認してください。（県庁疾病対策課では、医師会加入の有無についてのお問い合わせにはお答えできかねます。）

・【重要】実施期間は、令和４年１０月１日（土）～令和５年１月３１日（火）までです。なお、９月中は受診できませんので御注意ください。

・ 実際受診する際は、新型コロナウイルスの感染拡大防止等の観点から、受診時の体調に留意しつつ、医療機関の指示に従って受診していただくようお願いいたします。

・ 受診時、被爆者がん検診成績票（複写用紙）には、事前に氏名、性別、生年月日、居住地、被爆者健康手帳記載の受給者番号（７ケタ）を記入した上で、医療機関の窓口に提出してください。

◎ その他

本検診受診のために電車・バスの公共交通機関（タクシー不可）を利用した方には、交通手当が支給されますので（４００円～上限９９０円）、別紙１「交通手当申請書」に記入・押印の上、各保健所または下記担当まで申請してください。
必ず振込口座のわかる通帳又はキャッシュカードのコピーを添付してください。
なお、経路や金額により、支給できないこともありますので御了承ください。

担当 埼玉県保健医療部疾病対策課 指定難病対策担当
〒３３０－９３０１
さいたま市浦和区高砂３－１５－１
℡０４８－８３０－３５８３ （直通）
※本案内全体をよくお読みいただき、御不明な点があればお問い合わせください。

別紙１

交 通 手 当 申 請 書

令和　　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 氏　　名		手帳番号 （７ケタ）							
住　　所	〒　　－ （電話番号）　　－　　－								
健診の種類	がん（令和４年度）								
受診年月日	令和　　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。		

上限額：９９０円
※合計額が上限額を超える場合は、９９０円をお支払いします。
※合計額が４００円以上となった場合のみ申請できます。

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		

【必要書類】上記口座の通帳又はキャッシュカードの口座名義・番号等がわかる部分のコピー

別紙２

＊受診する医療機関へ必ず渡してください。

被爆者がん検診

令和４年９月３０日

＜埼玉県医師会加入の医療機関の皆様へ＞

被爆者がん検診についてのお願い

被爆者の健康診断につきましては、日頃御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、令和４年度被爆者がん検診を下記のとおり実施してくださいますようお願いいたします。

記

１　受診対象者	被爆者健康手帳所持者 第一種健康診断受診者証所持者
２　実施期間	令和４年１０月１日（土）～ 令和５年１月３１日（火） ※下記７のとおり請求書提出〆切がありますので、実施日程に御注意ください。
３　受診者が持参するもの一覧	(1)　被爆者健康手帳 又は 第一種健康診断受診者証 (2)　被爆者がん検診についてのお願い（請求書含む） (3)　被爆者がん検診成績票　※複写用紙 ※各種用紙が不足する場合、御本人に改めて御持参いただくか、後掲ホームページからダウンロード（複写用紙除く）してください。
４　検査方法の選択	胃がん検診については、胃内視鏡検査と胃部エックス線検査との選択制となります。 乳がん検診については、原則として乳房エックス線検査（マンモグラフィ）を含めて実施するものとしますが、やむを得ずこれを実施しない場合には、３，１６８円を支払います。
５　検診結果の記入方法	実施した検診については、成績票の検査年月日～担当医氏名まで、もれなく記入してください。 特に、検査所見欄や判定欄の記載もれがある場合、検査料の算定、お支払いができないことがありますので御注意ください。 なお、判定欄は必ずいずれかに○印を付けてください。 （自由記入は医師の意見欄へお願いします。）

裏面も必ずお読みください。

（裏面）

6　検診結果の取扱い	「成績票」は、４枚複写のうち１枚目を医療機関の控えとし、残り３枚を「検査料請求書」に添付してください。 受診者への検査結果の通知については、埼玉県から複写用紙のうち（本人送付用）を送付して行います。
7　検査料の請求・支払い	がん検診の検査料は、埼玉県から後日医療機関へお支払いします。別紙様式１「原子爆弾被爆者がん検診検査料請求書」の単価に基づいて埼玉県に請求してください。 なお、「成績票」記載の範囲内で実施したものについては、受診者本人の自己負担はありません。 ※御本人への結果通知や精密検査の御案内を行う必要上、請求書及び成績票は、検診終了後、順次、速やかに御提出ください。 検診実施が２か月以上に及ぶ場合は１か月ごとに提出してください。複写用紙が不足する場合は御連絡ください。 （最終）令和５年２月２０日（月）まで必着 ※医療法人の場合、「検査料請求書」は下記記入例を参照して作成してください。

【請求書記入例：医療機関が法人の場合】

開設者名　医療法人埼玉会　理事長　浦和一郎

※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。

医療法人では、代表者の肩書は「院長」ではなく「理事長」です。理事長名で請求してください。
理事長とは別の方（院長など）を請求者として記入する場合は、理事長からの本件手続きに関する委任状（任意様式）など権限を示す書類も必要です。

県ホームページの御案内（健診情報掲載中）

検索サイトや埼玉県庁ホームページで「埼玉県　被爆者医療」で検索し、『被爆者援護に携わる医療機関、介護事業者の方へ』のページを御覧ください。

又は右の二次元コードを読み取り⇒

（請求書等送付先）〒３３０－９３０１　さいたま市浦和区高砂３－１５－１
埼玉県保健医療部疾病対策課　指定難病対策担当
℡０４８－８３０－３５８３（直通）

別紙様式１

原子爆弾被爆者がん検診検査料請求書

（ 令和４年度 ）

検診項目		単価	件数	請求額	※決定額
胃がん	直接	12,240×	件＝	円	円
	間接	7,855×	件＝	円	円
	内視鏡	16,104×	件＝	円	円
肺がん	X線	5,050×	件＝	円	円
	X線＋喀痰細胞診	8,570×	件＝	円	円
乳がん	一般	3,168×	件＝	円	円
	一般＋X線	9,669×	件＝	円	円
子宮がん	頚部細胞診	6,688×	件＝	円	円
	頚部・体部細胞診	12,408×	件＝	円	円
	頚部細胞診＋コルポ	8,998×	件＝	円	円
	頚部・体部細胞診＋コルポ	14,718×	件＝	円	円
大腸がん		4,356×	件＝	円	円
多発性骨髄腫		1,628×	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。

令和　　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

（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。※上記開設者名と同一名義の口座を御指定ください。

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（　　）

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、子宮頚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

※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

※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									
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。		

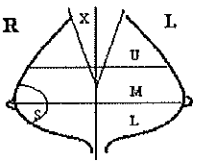
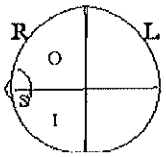
下記の口座に振り込んでください。

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		

被爆者がん検診成績票

（医療機関控）

ふりがな		性別	男・女	年齢　歳	明治・大正・昭和　年　月　日生
氏名					
居住地	〒			被爆者健康手帳番号（7ケタ）	

項目		胃がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	大腸がん検診	多発性骨髄腫検診
検査年月日		年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
既往歴							
現症所見	症状						
	検査所見	X線（直接・間接） 内視鏡 部位  所見	X線（直接）  所見 喀痰細胞診 A・B・C・D・E	視診・触診部位  腫瘤 有　無 乳房X線検査 （内外斜位方向）  （頭尾方向）  所見 右　左 腫瘤（　）（　） 石灰化（　）（　） 局所的非対称性陰影 （　）（　） 構築の乱れ（　）（　） その他 （　）（　） 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5	視診・内診所見 子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性：NILM（微生物）／NILM（その他の非腫瘍性所見） 扁平上皮系異常：ASC-US（軽度扁平上皮内病変疑い）／ASC-H（高度扁平上皮内病変疑い）／LSIL（HPV感染）／LSIL（軽度異形成）／MSIL（中等度異形成）／HSIL（高度異形成）／HSIL（上皮内癌）／SCC（扁平上皮癌） 腺系異常及びその他の悪性腫瘍：AGC（腺異型、腺癌疑い）／AIS（上皮腺癌）／Adenocarcinoma（腺癌）／other（その他の癌） 【クラス分類】 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（Ⅲa・Ⅲb）・Ⅳ・Ⅴ 子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性	便潜血 陰性・陽性	血清蛋白分画 総蛋白　g／dℓ A／G アルブミン　% α1グロブリン　% α2グロブリン　% βグロブリン　% γグロブリン　% M成分
判定		精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	異常認めず 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	異常認めず 要精密検査
特に記すべき医師の意見							
実施機関名							
担当医師名							

被爆者がん検診成績票

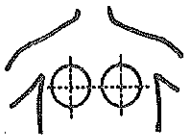
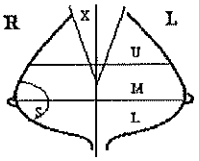
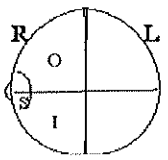
ふりがな		性別 男・女	年齢 歳	明治 大正 昭和 年 月 日生
氏名				
居住地	〒			被爆者健康手帳番号(7ケタ)

項目		胃がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	大腸がん検診	多発性骨髄腫検診
検査年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
既往歴							
現症所見	症状						
	検査所見	X線(直接・間接) 内視鏡 部位 所見	X線(直接) 所見 喀痰細胞診 A・B・C・D・E	視診・触診部位 腫瘤 有 無 乳房X線検査 (内外斜位方向) (頭尾方向) 所見 右 左 腫瘤 ( ) ( ) 石灰化 ( ) ( ) 局所的非対称性陰影 ( ) ( ) 構築の乱れ ( ) ( ) その他 ( ) ( ) 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5	視診・内診所見 子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性: NILM(微生物) 陰性: NILM(その他の非腫瘍性所見) 扁平上皮系異常: ASC-US(軽度扁平上皮内病変疑い) ASC-H(高度扁平上皮内病変疑い) LSIL(HPV感染) LSIL(軽度異形成) MSIL(中等度異形成) HSIL(高度異形成) HSIL(上皮内癌) SCC(扁平上皮癌) 腺系異常及びその他の悪性腫瘍: AGC(腺異型、腺癌疑い) AIS(上皮腺癌) Adenocarcinoma(腺癌) other(その他の癌) 【クラス分類】 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ(Ⅲa・Ⅲb)・Ⅳ・Ⅴ 子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性	便潜血 陰性・陽性	血清蛋白分画 総蛋白 g/dℓ A/G アルブミン % α1グロブリン % α2グロブリン % βグロブリン % γグロブリン % M成分
判定		精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	異常認めず 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	異常認めず 要精密検査
特に記すべき医師の意見							
実施機関名							
担当医師名							

被爆者がん検診成績票

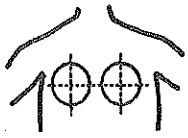
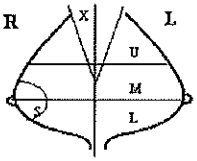
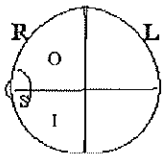
（本人送付用）

ふりがな		性別	男・女	年齢　歳	明治・大正・昭和　年　月　日生
氏名					
居住地	〒			被爆者健康手帳番号（７ケタ）	

項目		胃がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	大腸がん検診	多発性骨髄腫検診
検査年月日		年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
既往歴							
現症	症状						
	検査所見	X線（直接・間接） 内視鏡 部位  所見	X線（直接）  所見 喀痰細胞診 A・B・C・D・E	視診・触診部位  腫瘤 有　無 乳房X線検査 （内外斜位方向）  （頭尾方向）  所見 右　左 腫瘤（ ）（ ） 石灰化（ ）（ ） 局所的非対称性陰影 （ ）（ ） 構築の乱れ（ ）（ ） その他 （ ）（ ） 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5	視診・内診所見 子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性：☐NILM（微生物）／☐NILM（その他の非腫瘍性所見） 扁平上皮系異常：☐ASC-US（軽度扁平上皮内病変疑い）／☐ASC-H（高度扁平上皮内病変疑い）／☐LSIL（HPV感染）／☐LSIL（軽度異形成）／☐MSIL（中等度異形成）／☐HSIL（高度異形成）／☐HSIL（上皮内癌）／☐SCC（扁平上皮癌） 腺系異常及びその他の悪性腫瘍：☐AGC（腺異型、腺癌疑い）／☐AIS（上皮腺癌）／☐Adenocarcinoma（腺癌）／☐other（その他の癌） 【クラス分類】 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（Ⅲa・Ⅲb）・Ⅳ・Ⅴ 子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性	便潜血 陰性・陽性	血清蛋白分画 総蛋白　g／dℓ A／G アルブミン　% α1グロブリン　% α2グロブリン　% βグロブリン　% γグロブリン　% M成分
判定		精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	異常認めず 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	異常認めず 要精密検査
特に記すべき医師の意見							
実施機関名							
担当医師名							

被爆者がん検診成績票

ふりがな		性別 男・女	年齢 歳	明治・大正・昭和 年 月 日生
氏名				
居住地	〒			被爆者健康手帳番号（7ケタ）

項目		胃がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	大腸がん検診	多発性骨髄腫検診
検査年月日		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
既往歴							
現症	症状						
現症	検査所見	X線（直接・間接） 内視鏡 部位  所見	X線（直接）  所見 喀痰細胞診 A・B・C・D・E	視診・触診部位  腫瘤 有 無 乳房X線検査 （内外斜位方向）  （頭尾方向）  所見 右 左 腫瘤 ( ) ( ) 石灰化 ( ) ( ) 局所的非対称性陰影 ( ) ( ) 構築の乱れ ( ) ( ) その他 ( ) ( ) 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5	視診・内診所見 子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性：☐ NILM（微生物） ☐ NILM（その他の非腫瘍性所見） 扁平上皮系異常：☐ ASC-US（軽度扁平上皮内病変疑い） ☐ ASC-H（高度扁平上皮内病変疑い） ☐ LSIL（HPV感染） ☐ LSIL（軽度異形成） ☐ MSIL（中等度異形成） ☐ HSIL（高度異形成） ☐ HSIL（上皮内癌） ☐ SCC（扁平上皮癌） 腺系異常及びその他の悪性腫瘍：☐ AGC（腺異型、腺癌疑い） ☐ AIS（上皮腺癌） ☐ Adenocarcinoma（腺癌） ☐ other（その他の癌） 【クラス分類】 Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ（Ⅲa・Ⅲb）・Ⅳ・Ⅴ 子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性	便潜血 陰性・陽性	血清蛋白分画 総蛋白 g／dℓ A／G アルブミン % α1グロブリン % α2グロブリン % βグロブリン % γグロブリン % M成分
判定		精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	異常認めず 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	異常認めず 要精密検査
特に記すべき医師の意見							
実施機関名							
担当医師名							

被爆者二世健康診断

＊埼玉県発行の被爆者二世健康手帳をお持ちの方で、現在、県内に在住の方が対象です。

疾第１２２２－３号
令和４年９月２９日

被爆者二世健康手帳所持者　様

埼玉県保健医療部長（公印省略）

令和４年度第２回被爆者二世健康診断の実施について（通知）

下記のとおり被爆者二世健康診断を実施しますので、御希望の方は埼玉県内の医療機関（埼玉県医師会に加入している医療機関）で受診してください。

健康診断検査料については、下記５「検査料の上限額」までは無料です。

ただし、上限額を超える場合は、自己負担が発生することがありますので、あらかじめ医療機関へ検査料（見込）を御確認の上、受診されますようお願いします。

なお、検査の結果は、後日埼玉県から通知します。

記

１　受診対象者	二世手帳所持者のうち、健康診断の受診を希望する方 ※　本健診は、強制ではありません。（任意） かかりつけ医等のもとで治療等を受けている場合、他の健診事業の対象者となっている場合など、検査が重複することも想定されますので、現在の健康管理の状況を考慮の上、受診を御検討ください。
２　実施期間	令和４年１０月１日（土）～令和５年１月３１日（火） ※ 新型コロナウイルス等の影響で受診予約が取りにくい状況等が想定されます。実施期間は十分に確保しておりますが、受診される方は余裕を持って予約の上、受診してください。 ※ 次回、令和５年度第１回被爆者二世健康診断は、令和５年４月１日～令和５年９月３０日を予定しています。
３　実施医療機関	埼玉県内の医療機関（埼玉県医師会に加入している医療機関）
４　持参するもの	(1)　被爆者二世健康手帳 (2)　問診票　※複写用紙 (3)　被爆者二世健康診断についてのお願い（請求書含む） (4)　健康診断個人票（一般検査用）※複写用紙 ※念のため、本案内を含めて一式を御持参ください。
５　検査料の上限額	・検査料の上限額は、９，２６０円です。 ・多発性骨髄腫検査の検査料上限額は、上記とは別に１，６２８円です。 ※　上限額を超える場合は、自己負担が発生することがありますので、あらかじめ医療機関へ検査料（見込）を御確認ください。

裏面も必ずお読みください。

（裏面）

留意事項

● 多くの医療機関が予約を必要としていますので、あらかじめ受診を希望する医療機関に直接お問い合わせください。
医療機関が混み合うこともありますので、お早めの予約をおすすめします。
また、お問い合わせの際に、医療機関が埼玉県医師会に加入しているか確認してください。（県庁疾病対策課では、医師会加入の有無についてのお問い合わせにはお答えできかねます。）

● 【重要】健康診断の受診は、令和４年１０月１日（土）から令和５年１月３１日（火）までとなります。
９月中はまだ受診することはできませんので、御注意ください。

● 受診当日は、新型コロナウイルスの感染拡大防止等の観点から、受診時の体調に留意しつつ、医療機関の指示に従って受診していただくようお願いいたします。

● 「健康診断個人票」に下記の記入例を参照の上、事前に必要事項を記入して医療機関の窓口に提出してください。
「問診票」も事前に記入して医療機関の窓口に提出してください。

● この健康診断は、御加入されている健康保険（国民健康保険等）により行われる健康診断等と、検査項目が異なる場合があります。他の健康診断の内容はそれぞれの実施者にお問い合わせください。

＜個人票記入例＞　受診の前に記入してください。
＊整理番号～住所までの欄をボールペンで強く記入してください。
＊整理番号欄は、被爆者二世手帳の手帳番号（7ケタ）を記入。
（手帳交付時期によっては7ケタの記載がない場合もありますので、
その場合は手帳に記載されたままのケタ数で結構です。）

健康診断個人票（一般検査用）

整理番号（手帳番号）	9012345	性別	男・(女)	生年月日	(昭和)・平成　34年　5月　6日
フリガナ 氏　名	さいたま　はなこ 埼玉　花子	住　所		〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1	
既往歴					

担当：埼玉県保健医療部疾病対策課　指定難病対策担当
〒３３０－９３０１　さいたま市浦和区高砂３－１５－１
℡０４８－８３０－３５８３（直通）
※本案内全体をよくお読みいただき、御不明な点があればお問い合わせください。

＊受診する医療機関へ必ずお渡しください＊

被爆者二世健康診断

令和４年９月３０日

（埼玉県医師会加入の医療機関の皆様へ）

被爆者二世健康診断についてのお願い

被爆者の健康診断につきましては、日頃御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和４年度第２回被爆者二世健康診断を下記のとおり実施してくださいますようお願いいたします。

記

1　受診対象者	埼玉県発行の被爆者二世健康手帳所持者で、現在埼玉県に在住の方
2　実施期間	令和４年１０月１日（土）～令和５年１月３１日（火） ※下記６のとおり請求書提出〆切がありますので御注意ください。 ※なお、春の定期健康診断は、令和５年４月１日から実施します。
3　受診者が持参するもの一覧	(1)　被爆者二世健康手帳 (2)　一般健康診断問診票（問診票）※複写用紙 (3)　被爆者二世健康診断についてのお願い（請求書用紙含む） (4)　健康診断個人票（一般検査用）※複写用紙 ※各種用紙が不足する場合、御本人から改めて御提出いただくか、後掲ホームページからダウンロード（複写用紙除く）してください。
4　健診内容の選択・健診結果の記入方法等	※本健診は、「個人票」に記載されている検査の範囲内で実施してください。また、本健診は対象者に受診を強制するものではなく、必ずしもすべての項目を実施する必要はありません。 特に「肝臓機能検査」及び「ヘモグロビン A1c」は、医師が必要と認めた場合にのみ実施してください。 ※多発性骨髄腫検査については、受診者の希望により「血清蛋白分画検査」のみ実施してください。「免疫電気泳動法」による検査はお支払いの対象となりません。結果の記入の際も血清蛋白分画検査から得られる結果のみ記入してください。 ※「個人票」の太枠内は事前に受診者の方に記入していただくようお願いしていただくようお願いしています。 太枠内を含め、記入もれがないか確認した上で、健診結果を記入してください。 ※「個人票」の判定欄の「異常なし」「経過観察」「要精密検査」のいずれかに必ず○印を付けてください。 なお、「要精密検査」の場合や、該当するものがない場合（要治療、要再検査等）は、○印を付した上で、「受診者への伝達事項」欄を活用して内容を受診者にお知らせください。

裏面も必ずお読みください。

（裏面）

5　健診結果の取扱い	「個人票」は複写３枚すべてを、「問診票」も複写２枚すべてを「検査料請求書」に添付してください。 医療機関控が必要な場合は、適宜コピーをお取りください。 受診者への検査結果の通知については、埼玉県から複写用紙のうち（本人送付用）を送付して行います。
6　検査料の請求・支払い	本健診に要する検査料は、埼玉県から医療機関に後日お支払いします。診療報酬点数（令和４年１０月１日現在）に基づいて計算し、埼玉県に請求してください。請求書の項目ごとに（血液採取、各種判断料、検体検査管理加算等については、必要に応じて）診療報酬点数を記入してください。 なお、文書料など診療報酬点数制度外の費用についてはお支払いできません。 検査料は、９，２６０円を上限（複数人分の場合は9,260円×件数）としてお支払いします。 また、多発性骨髄腫検査を実施した場合は別途１，６２８円を上限（複数人分の場合は1,628円×件数）としてお支払いします。 検査料が上限額を超え、受診者の自己負担が生じる場合は、事前に受診者に十分説明し、必ず同意を受けてください。 請求額は「診療報酬点数の合計×１１（消費税込）」により算定してください。 本健診時に成績票に記載のない検査を実施した場合には、その分の検査料をお支払いできませんので、御注意ください。 ※御本人への結果の通知や精密検査の御案内を行う必要上、健康診断終了後、順次、速やかに下記担当まで御提出ください。 （最終）令和５年２月２０日（月）まで必着 ※医療法人の場合、「検査料請求書」は下記記入例を参照して作成してください。

【請求書記入例：医療機関が法人の場合】

開設者名　医療法人埼玉会　理事長　浦和一郎

※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。

医療法人では、代表者の肩書は「院長」ではなく「理事長」です。理事長名で請求してください。
理事長とは別の方（院長など）を請求者として記入する場合は、理事長からの本件手続きに関する委任状（任意様式）など権限を示す書類も必要です。

県ホームページの御案内（健診情報掲載中）
検索サイト等で「埼玉県　被爆者医療」で検索
『被爆者援護に携わる医療機関、介護事業者の方へ』のページをご覧ください。

又は右の二次元コードを読み取り⇒

（送付先）〒３３０－９３０１
さいたま市浦和区高砂３－１５－１
埼玉県保健医療部疾病対策課
指定難病対策担当
TEL０４８－８３０－３５８３（直通）

（別紙様式１－１）

被爆者 二世 健康診断検査料請求書（秋）

（ 令和４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＊　×１１（消費税込）」により算定してください。
なお、上限額（① 9,260円 ② 1,628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件×１１」）

※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			①検査　合計	
	γ-ＧＴＰ		多発性骨髄腫検査	血清蛋白分画	
ＣＲＰ				その他（　　）	
尿検査				②検査　合計	

上記のとおり請求します。

令和　　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

※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。※上記開設者名と同一名義の口座を御指定ください。

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（　　）

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)			初診・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

※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

※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・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

※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（　　）

（被爆二世健康診断）

問　診　票

実施年月日
令和　　年　　月　　日

整理番号 [　　] □男 □女　生年月日 [昭和／平成　　年　　月　　日　　歳]

氏名		住所	

SAMPLE

Ⅰ　親の被爆状況について

□父親被爆　被爆地 { □広島 □長崎 }

□母親被爆　被爆地 { □広島 □長崎 }

Ⅱ　体のどこかに調子の悪いところがありますか？

0. □ない
1. □全身がだるい
2. □頭痛がする
3. □食欲がない □嘔気がする □便秘 □下痢 □胃痛 □腹痛
4. □咳が止まらない □痰が出る
5. □息切れする □胸痛
6. □肩こり □筋肉痛 □腰痛
7. □出血しやすい（鼻血、歯ぐき、性器　　）
8. □その他（　　）

Ⅲ　特に相談したいことがありますか？

□自分の体に関すること
□遺伝的影響に関すること
□その他

担当者氏名

（被爆二世健康診断）

健康診断個人票（一般検査用）

整理番号		性別	男・女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
フリガナ 氏　名		住　所			
既往歴					

現症							
検査年月日							
理学的検査							
臨床病理学的検査	白血球数						/㎣
	赤血球数						×10⁴/㎣
	ヘモグロビン（Ｈｂ）						g/dℓ
	ヘマトクリット（Ｈｔ）						%
	ヘモグロビンＡ１ｃ						%
	肝機能検査	ＡＳＴ	IU/ℓ	ＡＬＴ	IU/ℓ		
		γ-ＧＴＰ	IU/ℓ				
	ＣＲＰ						mg/dℓ
	結成蛋白分画検査 （多発性骨髄腫検査）	総蛋白	g/dℓ	A/G			
		アルブミン	%	α₁グロブリン	%		
		α₂グロブリン	%	βグロブリン	%		
		γグロブリン	%	M成分			
		備　考					
	尿検査	蛋　白	陽性・陰性				
		糖	陽性・陰性				
		ウロビリノーゲン	増加・正常・減少				
		潜　血	陽性・陰性				
	血圧値	最大 最小	mmHg mmHg				

判　定	異常なし・経過観察・要精密検査
判定年月日	
受診者への伝達事項	
担当機関名	
受診者への伝達事項	
担当医師氏名	

SAMPLE