

各自治体被爆二世対策								
被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
北海道	1	5月、11月	病院委託 114カ所	申請場所:保健所 保健所に受診申し込み。被爆者との関係を証明する書類。(戸籍謄本及び手帳の写し等)  問い合わせ先: 北海道保健福祉部健康安全局地域保健課 TEL 011-231-4111(内線25-521)	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
青森	1	12月	病院委託 ※受託医療機関	申請場所:青森県庁 ①健診実施の案内文に同封している申込書で申込みする。(案内は県内在住の被爆者又は被爆二世に対して送付。) ②県が医療機関と日程調整し、実施日を受診希望者に通知する。 ③②の通知時同封した問診票を記入し、医療機関に受診する。  問い合わせ先: 青森県健康福祉部保健衛生課 TEL017-734-9215	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
岩手	1	10~12月	病院委託 18カ所	申請場所:岩手県庁医療政策室 ・健診の案内文章に回答(受診の有無。希望する病院等) ・県が病院と調整し、健診日程をお知らせ ・受診者本人が直接病院に連絡し、受診日を決  問い合わせ先: 岩手県保健福祉部医療政策室 TEL 019-629-5472	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
宮城	1	10月頃	病院委託 8カ所	申請場所:宮城県 申込書に記入し、郵送又はファクシミリで申し込む。ただし、初めての申請の方は、住民票と戸籍抄本を出してもらっている。(受診資格確認のため)また、被爆者健康手帳(父または母)の写しか、氏名・手帳交付都道府県を確認する。  問い合わせ先: 宮城県保健福祉部疾病・感染症対策室 TEL 022-211-2636	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世 HP

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について								
	回数	時期	場所	申請方法	ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
秋田	1	10～12月	病院委託 9カ所	申請場所:秋田県庁健康推進課 必要書類は初回と2回目以降で異なる 初回は二世であることを証明するための関係書類及び申込書。 2回目以降は申込書のみ。  問い合わせ先: 秋田県健康福祉部健康推進課 TEL 018-860-1424	なし	なし	なし	希望する被爆二世
山形	1	12～2月頃	病院委託 4カ所	申請場所:県庁 県から健診のお知らせと共に健診の受診申込書を二世あてに送付する。受診希望者は受診申込書を県へ返送する。その後、県から受診希望者へ受診決定通知を送付する。  問い合わせ先: 山形県健康福祉部健康福祉企画課薬務・感染症対策室 TEL 023-630-2314	なし	なし	なし	希望する被爆二世
福島	1	11月頃	病院委託 10カ所	申請場所:各保健福祉事務所 各保健福祉事務所に申込をする。初めて本県で受診する場合は、両親または両親のうちいずれか一人が被爆者であることを証明できる書類及び親子関係を確認できる書類。  問い合わせ先: 福島県保健福祉部健康増進課 TEL 024-521-7640	なし	なし	なし	希望する被爆二世 (各保健福祉事務所により案内している)
茨城	1	11～1月	病院委託 12カ所	申請場所:保健所 ・各保健所から通知を行い、希望者は来所または電話にて申し込みを行う。 ・必要書類は特になし。口頭にて必要事項の聞き取りを行う。 ※通知先は被爆者健康手帳所持者あて。  問い合わせ先: 茨城県保健福祉部保健予防課 TEL 029-301-3220	なし	なし	なし	希望する被爆二世

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
栃木	1	10～12月	病院委託 5ヵ所	申請場所:栃木県健康増進課 健康診断受診申込書に住所、生年月日、親(被爆者)の氏名、手帳番号等を記入し、郵送等で申込。県は医療機関と日程調整し、健診日を決め、通知する。  問い合わせ先: 栃木県保健福祉部健康増進課 TEL 028-623-3096	なし	なし	なし	希望する被爆二世
群馬	1	11～翌2月	病院委託 3ヵ所	申請場所:県保健予防課 県内の被爆者及び被爆二世名簿搭載者に健診の案内を送付後、同封の申込書を県あてに提出する。県では受診先病院を決定後、各受診者あて通知する。  問い合わせ先: 群馬県健康福祉部保健予防課 TEL 027-226-2607	なし	なし	なし	希望する被爆二世 HP
埼玉	2	4月、10月頃	病院委託	申請場所:保健所 被爆者二世健康手帳所持者あてに案内を送付しています。  問い合わせ先: 埼玉県保健医療部疾病対策課指定難病対策担当 TEL 048-830-3583	なし	なし	あり ※1	HP 被爆者健診案内時 希望する二世(手帳を申請していただきます)
千葉	1	7～2月末	病院委託 47ヵ所	申請場所:千葉県健康福祉部健康福祉指導課 以下の項目を明記し、封書又は葉書で申込み。二世本人の住所・氏名・生年月日・電話番号。被爆者である親の住所・氏名・生年月日・電話番号・被爆者健康手帳番号。(被爆者が故人で手帳番号が不明の場合は、手帳の発行都道府県市を記入)  問い合わせ先: 千葉県健康福祉部健康福祉指導課被爆者援護班 TEL 043-223-2349	なし	なし	なし	広報誌 希望する被爆二世 HP 毎年被爆者に送付している「まきの木」(被爆者の手引き)に掲載

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
東京	2	5～6月 11～12月	病院委 託 一般 219カ所 がん 205カ所	事前申請不要 「健康診断受診票」の交付を受けていること。  問い合わせ先: 東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課 TEL 03-5320-4473	ある ※2	ある ※3	ある ※4	希望する 被爆二世 HP
神奈川  川崎市、 横浜市 については別 欄で説明	1	5～翌3月 10日迄	保健所 病院 114カ所	毎年1回郵送する「被爆者健康診断のご案内」に記載されている日程一覧表から希望する病院、日時を選んで予約する。 当日は、県が交付している「被爆者のこども健康診断受診証」を病院の窓口に提示する。  問い合わせ先: 神奈川県保健福祉局福祉部生活援護課援護グループ TEL 045-120-1111(内線4906)	なし	ある ※5	ある ※6	HP 保健所等 の窓口に 配架して いるチラシ 希望する 被爆二世
新潟	1	10～2月	病院委 託 6カ所	申請場所:県健康対策課 受診を希望する場合、県が定めた日までに県へ申し込む。県で受診者を決定し、無料受診証を申込者(受診者)へ送付する。受診者と健診実施病院が連絡をとり、受診日を決定し、受診する。受診者が用意する書類は特にない。  問い合わせ先: 新潟県福祉保健部健康対策課難病等対策係 TEL 025-280-5202	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
富山	1	10月	病院委 託 1カ所	申請場所:県庁 健診時期が近づくと、県で把握している二世の方に健診案内を送付し、希望される方に申請書を提出いただく。  問い合わせ先: 富山県厚生部健康課 TEL 076-444-4513	なし	なし	なし	希望する 被爆二世

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
石川	1	1月	病院委 託 1カ所	申請場所:石川県庁 健康診断申込書に必要事項を記入の上、石 川県担当課へ提出する。  問い合わせ先: 石川県健康福祉部健康推進課 TEL 076-225-1448	なし	なし	なし	希望する 被爆二世 県内の被 爆者健康 手帳所持 者に案内 を送付。
福井	1	11~2月	病院委 託 6カ所	申請場所:福井県健康福祉部地域福祉課 ①県地域福祉課に申込書を提出 ②後日、 管轄の健康福祉センター(保健所)から、受診 日時と医療機関を通知。③受診日に通知に 同封の無料受診証を持参し、指定された医 療機関で受診  問い合わせ先: 福井県健康福祉部地域福祉課 TEL 0776-20-0327	なし	なし	なし	HP 希望する 被爆二世 被爆者宛 に個別案 内送付
山梨	1	1月頃	病院委 託 1カ所	申請場所:県健康増進課 電話にて申込み  問い合わせ先: 山梨県福祉保健部健康推進課 TEL 055-223-1497	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
長野	1	8~2月 募集時期 は6月	病院委 託 11カ所	申請場所:保健福祉事務所、長野市居住者 は長野市保健所 <過去に受診したことがない方> 県の保健福祉事務所に申し出ていただき、 被爆二世であることを確認いたします。その 後、健診の申込書のご提出をいただきます。 <過去に受診したことがある方> 申込書のみご提出いただきます。  問い合わせ先: 長野県健康福祉部地域福祉課自立支援・援 護係 TEL026-235-7094	なし	なし	なし	HP 希望する 被爆二世

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
岐阜	1	11月	病院委託 4カ所	申請場所:県庁(保健所経由) 毎年秋頃に健診の案内をだし、希望者を募ります。  問い合わせ先: 岐阜県庁健康福祉部保健医療課 TEL 058-272-8275	なし	なし	なし	把握している被爆二世の方全員に案内を送付
静岡	2	4～6月 10～12月	病院委託 65カ所	申請場所:県保健所 ①管轄の保健所に二世として申請(親の被爆者手帳、戸籍謄本、住民票)、②保健所から健康診断受診申請書を送付、③保健所は二世が希望する医療機関と日程を調整し、受診日を通知する。  問い合わせ先: 静岡県健康福祉部疾病対策課 TEL 054-221-3773	ある ※7	なし	なし	希望する被爆二世
愛知	1	1～2月頃	病院委託 13カ所	申請場所:愛知県健康福祉部健康対策課 1.二世本人からの電話にて名簿に登録(住所、氏名、連絡先、生年月日等) 2.毎年11月下旬に名簿登録者に申込書を郵送。希望者は受診を希望する医療機関と受診希望日、親である被爆者の手帳番号等を記入し返送する。  問い合わせ先: 愛知県健康福祉部保健医療局健康対策課 TEL 052-954-6268	なし	なし	なし	愛知県のHP希望する被爆二世
三重	1	12～2月	病院委託 希望の病院	申請場所:保健所 案内に同封された申込書と親の被爆者健康手帳の写しを保健所に提出する  問い合わせ先: 三重県健康福祉部医療対策局健康づくり課 TEL 059-224-2334	なし	なし	なし	希望する被爆二世

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
回数	時期	場所	申請方法					
滋賀	1	1～3月	病院委託 10カ所	申請場所:保健所 受診申込書を最寄りの保健所に提出  問い合わせ先: 滋賀県健康医療福祉部健康医療課 TEL 077-528-3616	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世
京都	1	11月	病院委託 32カ所	申請場所:京都府健康対策課、府保健所 ・受診申込書に被爆一世の氏名・居住都道府県・手帳番号、受診希望医療機関、多発性骨髄腫検査希望の有無等を記入の上、申し込み。 ・受診申込書はホームページ、保健所から入手するか実施案内を府内被爆者、案内希望者に送付 ・申込後、受診者は実施病院に事前予約の上、当課から交付する受診決定通知書を持参し受診する。 問い合わせ先: 京都府健康福祉部健康対策課 TEL 075-414-4725	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世 HP
大阪 摂津市、 吹田市、 堺市につ いては別 欄で説明	1	11～2月	病院委託 21カ所 及び堺 市保健 センター	申請場所:最寄の保健所等 最寄の保健所(大阪市は保健福祉センター、堺市及び東大阪市は保健センター)へ申し込み。申込期間:9～10月。実父母の被爆者健康手帳の番号と受診申込者の印鑑が必要。申し込みをされた後、実施日と健診場所を本人に直接通知  問い合わせ先: 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 母子・援護グループ TEL 06-6941-0351	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世
兵庫	1	10～2月 頃	病院委託 約32カ所	申請場所:県 ①受診申込書を提出 ②受診票の交付 ③受診票を実施医療機関へ持参し、受診  問い合わせ先: 兵庫県健康福祉部健康局疾病対策課原子 爆弾被爆者相談室 TEL 078-361-8604	なし	なし	なし	希望する 被爆二世 HP

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
奈良	1	12～1月	病院委 託 2カ所	申請場所:保健所 ①原爆被爆者二世健康診断受診案内名簿 登録申込書に住民票、戸籍謄本を添付し保 健所へ提出 ②保健所より健康診断案内文送付(受診申 込書を同封) ③希望者は受診申込書を保健所へ提出 ④県より希望者へ受診日程を最終案内  問い合わせ先: 奈良県医療政策部保健予防課難病・疾病支 援係 TEL 0742-27-8660	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
和歌山	1	決まっ てい ない	病院委 託 13カ所	申請場所:管轄保健所又は県庁健康推進課 「被爆二世健康診断受診申込書」に必要事 項を記入のうえ、お住まいの管轄保健所又 は県庁健康推進課に申込み  問い合わせ先: 和歌山県福祉保健部健康局健康推進課 TEL 073-441-2640	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世
鳥取	1	10～3月 頃	病院委 託 4カ所	申請場所:各保健所 各保健所に電話で申し込む  問い合わせ先: 鳥取県福祉保健部福祉保険課 TEL 0857-26-7145	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世
島根	1	8～12月 末	病院委 託 25カ所	申請場所:保健所 必要な書類:申請書のみ 問い合わせ先: 島根県健康福祉部健康推進課 TEL 0852-22-6195	なし	なし	あり ※17	新聞 希望する 被爆二世 HP ラジオ
岡山	1	今年12～ 2月	病院委 託 13カ所	申請場所:岡山県保健福祉部保健福祉課援 護班 申込書(持参、郵送)、または岡山県ホームペ ージから電子申請で申込み。 お問い合わせ先: 岡山県保健福祉部保健福祉課援護班 TEL 086-226-7320(直通)	なし	なし	あり ※8	テレビ ラジオ HP 希望する 被爆二世

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
広島 広島市 については別 欄で説明	1	6～翌年2 月	病院委 託 469カ所 及び一 部の市 町の被 爆者健 診会場	申請場所:広島県庁 専用申込はがき、もしくは、広島県のホーム ページから電子申請で申込み。 添付書類なし 問い合わせ先: 広島県健康福祉局被爆者支援課援護グル ープ TEL 082-513-3116	なし	なし	なし	広報誌 新聞 ポスター の掲示依 頼(市町・ 実施医療 機関) 県庁内広 報棚に書 類を掲示 希望する 被爆二世
山口	4	定期健診 6月、11月 年2回まで 受診者の 希望する 月に受診 可	病院委 託 36カ所+ 郡市医 師会員 の開設 する医 療機関	申請場所:保健福祉センター等 申請書を保健所又は医療機関へ提出の上、 受診 問い合わせ先: 山口県健康福祉部医務保険課 TEL083-933-2820	なし	なし	あり ※9	広報誌 ラジオ 希望する 被爆二世
徳島	1	10月	病院委 託 8カ所	申請場所:県庁 事前に県庁へ申し込み、日程調整後、受診者 へ決定通知発出。当日、予約医療機関へ問 診票記入の上、受診。  問い合わせ先: 健康増進課感染症・疾病対策室 TEL 088-621-2227	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
香川	1	12月	病院委 託 3カ所	申請場所:県庁、各保健福祉事務所 窓口(県庁、県の保健福祉事務所(4カ所))に 「被爆二世健康診断受診申込書」記入のうえ 提出。  問い合わせ先: 香川県健康福祉総務課難病等対策グル ープ TEL 087-832-3272	なし	なし	なし	広報紙 HP 希望する 被爆二世 に案内を 送付

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
回数	時期	場所	申請方法					
愛媛	1	11～2月	病院委託 8ヵ所	申請場所:居住地を管轄する保健所 受診希望者は「本人の氏名、住所、生年月日、電話番号、手帳所持者の氏名、手帳番号」を記した申込書を所轄保健所に送付。(TELでも可)  問い合わせ先: 愛媛県庁健康増進課 TEL 089-912-2405	なし	なし	なし	過去3年間に被爆者及び被爆二世健診を受けた方に健診案内を送っている。 愛媛県原爆被爆者の会
高知	1	11～12月	病院委託 4ヵ所	申請場所:高知県健康対策課 「原爆被爆者二世健康診断申請書」を健康対策課へ提出してもらい、後日電話で日程調整後、問診票・健康診断個人票等を申請書の住所へ送付している。  問い合わせ先: 高知県健康政策部健康対策課 TEL 088-823-9678	なし	なし	なし	広報誌希望する被爆二世
福岡	1	10～2月	病院委託 23ヵ所	受診者が直接実施医療機関で受付、受診。(予約が必要な医療機関は事前に予約する) 受診の際、受付で「被爆した親の氏名」および「被爆した親の居住地(都道府県、既に親が亡くなっている場合は死亡時住んでいた都道府県)、を受診医療機関に言う。  問い合わせ先: 福岡県保健医療介護部健康推進課疾病対策係 TEL 092-643-3267	なし	なし	なし	広報誌希望する被爆二世
熊本	1	11～12月	病院委託 12ヵ所	申請場所:熊本県健康づくり推進課 二世健診申込書に受診希望者及び被爆者の氏名等と希望医療機関を記載して提出。 電子申請も可能  問い合わせ先: 熊本県健康づくり推進課 TEL 096-333-2210	なし	なし	なし	HP希望する被爆二世

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
佐賀	1	7/1～2/28	病院委託 9カ所	申請場所:住所地の保健福祉事務所 希望者は住所地の保健福祉事務所に申し込んでいただきます。(被爆二世であることの確認のため、親の手帳の写し等を持参していただきます。) 医療機関と希望者の日程調整後、希望者に受診票、個人票、問診票を送付します。 希望者は送付された書類を持参して、受診できます。  問い合わせ先: 佐賀県健康福祉部健康増進課 TEL 0952-25-7075	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世
長崎 長崎市 については別 欄で説明	1	4～翌2月頃	病院委託 304カ所 診療所 含む	申請場所:市町役場、保健所 ①本人又は代理人が申請場所へ来所申込み、複写の申請書へ記入する。 ②転写分が受診票となり、役場等が採番・受付印を押印し本人へ交付。 ③委託医療機関の中から本人が直接予約を入れる。 ④健診当日、本人が医療機関へ受診票を手渡す。  問い合わせ先: 長崎県原爆被爆者援護課 TEL 095-895-2475	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世 ラジオ 新聞 県のHP
大分	1	11～1月	病院委託 120カ所	申請場所:保健所 「二世健康診断申込(様式)」(県HPから印刷もしくは保健所でもらえます)に必要事項を記入のうえ、住所地を所轄する保健所に提出。  問い合わせ先: 大分県福祉保健部健康づくり支援課 TEL 097-506-2663	なし	なし	なし	ラジオ 希望する 被爆二世
宮崎	1	9～3月	病院委託 11カ所カ 所	申請場所:県庁健康増進課 所定の申込書を健康増進課へ郵送 問い合わせ先: 宮崎県福祉保健部健康増進課 TEL 0985-26-7079	なし	なし	なし	広報誌 新聞(宮崎 日日新聞) 希望する 被爆二世 HP

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
鹿児島	1	10～1月	病院委託 約179カ所	申請場所:鹿児島県保健福祉部健康増進課 過去受診経験のある方、被爆者及び関連手続きを直近された方に健診の案内と申込書を送付し、受診希望者は申込書を返送していただいています。申込者は後日個人票、問診票といった受診に必要な書類と健診実施の案内を送付し、各々、上記179カ所のいずれかに予約いただいたうえで実施していただいております。 お問い合わせ先: 鹿児島県保健福祉部健康増進課疾病対策係 TEL 099-286-2714	なし	なし	なし	希望する被爆二世
沖縄	1	11～2月頃	病院委託 5カ所	申請場所:各保健所 *県内在住被爆者への通知文などに同封されている希望調査票を管轄保健所へ送付する。(県外被爆者子弟の場合は電話連絡頂ければ調査票を郵送している) *両親の被爆者健康手帳及び戸籍等で続柄を確認しています。  問い合わせ先: 沖縄県保健医療部薬務疾病対策課 TEL 098-866-2215	なし	なし	なし	県HP 保健所からの通知のみ 希望する被爆二世
広島市	1	6～2月	病院委託 被爆者定期健診会場の一部	申請場所:広島市役所 ・市役所、区役所、公民館等に備え付けの専用申込みはがき又は市ホームページから電子申請による申し込み。 ・申し込み後、市役所から送られてくる受診票を持って受診  問い合わせ先: 広島市健康福祉局原爆被害対策部援護課 TEL 082-504-2195	なし	なし	なし	広報誌 ポスター (実施医療機関、区役所、公民館等に掲示を依頼) 市政記者クラブへの情報提供 HP 希望する被爆二世

## 各自治体被爆二世対策

被爆二世健診について								
	回数	時期	場所	申請方法	ガン 検診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
長崎市	1	決まってい ない	病院委託 16カ所	申請場所:原爆被爆対策部援護課、出先機 関でも可 ・窓口受付(申請書記入、代理申請可、添付 書類なし)出先機関でも申し込み可。 ・ハガキ等郵送による申込 ・FAXによる申込 ・ホームページによる申込  問い合わせ先: 長崎市原爆被爆対策部援護課 TEL 095-829-1149	なし	なし	なし	広報誌 チラシ、 ポスター、 親である 被爆者の 受診結果 送付等で 二世健診 のお知らせを同封 していま す。
摂津市	1		保健セ ンター	医療保険証 問い合わせ先: 摂津市保健福祉課 TEL 06-6838-1111	なし	あり ※11	あり ※12	被爆者団 体からの 周知
吹田市				問い合わせ先: 吹田市健康医療部地域医療推進室 TEL 06-6384-1827	なし	あり ※13	あり ※14	広報誌
川崎市				問い合わせ先: 川崎市健康福祉局保健所健康増進課 TEL 044-200-2462	なし	あり ※15		
横浜市				問い合わせ先: 横浜市健康福祉局保健事業課 TEL 045-671-2451	なし	あり ※16	県と 同じ	
堺市	1	堺市内保 健センタ ー実施分 11～2月 頃 医療機関 実施分 11月初旬 ～2月初 旬	各区保 健センタ ー 病院2カ 所	申請場所:堺市内各区保健センター 所定の申込用紙を堺市内各区保健センター に提出 必要なもの:申込用紙・受診希望者の印鑑・ 実父母の被爆者健康手帳の番号 ※申込用紙は前年度の健診申込者には大阪 府より個別に送付。その他、各区保健センタ ー窓口で受け取りもしくは大阪府のホームペ ージからも印刷できる。  問い合わせ先: 大阪府堺市健康福祉局健康部保健所保健 医療課 TEL 072-228-7582	なし	なし	あり ※18	広報誌 被爆者の 会に情報 提供 前年度申 込者に対 し、大阪 府より個 別に送付 している が、それ 以外の方 についても 希望があ れば送付 している。

## 埼玉県の対策

### ※1. 被爆者二世健康手帳

被爆二世健康手帳交付申請書に①実親の被爆者健康手帳の写し②子の戸籍抄本(謄本)③子の住民票を添付し、申請する

## 東京都の対策

### ※2. ガン検診について

年1回 最大6種類 5～6月か11～12月 病院委託206カ所

健診の種類: 胃がん、肺がん、乳がん、子宮がん、多発性骨髄腫検診、大腸がん検診

申し込み方法: 一般健診と同様

### ※3. 医療費の助成について

被爆者援護法27条1項の厚生労働省令で定める障害を伴う疾病により6か月以上の医療を必要とする者医療助成認定申請書、診断書(医療助成用)、健康診断受診票の写し、健康保険証の写しを、都庁又は区市町村窓口へ提出する。

### ※4. 健康診断受診票

健康診断受診票交付申請書、住民票、戸籍抄本、父又は母が被爆者であることを証明する書類を都庁又は区市町村窓口へ提出。

## 神奈川県対策

### ※5. 医療費の助成について(指令市は独自に同様の助成を実施)

助成対象となる疾病

被爆者の健康管理手当の支給対象に相当する11疾病

必要書類

医療機関に支払った自己負担分について「償還払い」を行うため、所定の申請書に医療機関の医療費証明書を添付して県に提示する。

### ※6. 被爆者のこども健康診断受診証

次の書類にて申請

- ・被爆者のこども健康診断受診証交付申請書
- ・住民票
- ・戸籍抄本
- ・親の被爆者健康手帳の写し(親の被爆者が死亡している場合は申立書)

## 静岡県の対策

### ※7. ガン検診について

ガン検診の種類: 胃ガン、肺ガン、乳ガン、子宮ガン、大腸ガン、多発性骨髄腫

申請方法: 被爆二世健康診断と同様。

ガン検診の回数及び時期: 年1回6種類 5月～1月

## 岡山県の対策

### ※8. 健康診断の記録(被爆者二世)

受診の案内を通知するときに健康診断の記録を希望するかどうか尋ねて、希望者へは送付している。

## 山口県の対策

### ※9. 被爆者二世健康診断記録表

申請書を健康福祉センター、下関市保健所に提出する。

## 長崎県被爆二世の会

※10. 参考:長崎県被爆二世の会が「被爆二世健康管理表」を独自に制作・発行している

## 大阪府摂津市

### ※11. 医療助成について

助成対象となる疾病:原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第51に規定の11の疾病申請方法:「原子爆弾被爆者二世登録申請書(戸籍謄本、父母どちらかの被爆者健康手帳、健康保険証)を地域福祉課へ提出。登録が完了したのち、助成対象となる疾病等で病院へかかった場合は「原子爆弾被爆者二世医療費助成申請書(医療機関記載の領収証)」を地域福祉課へ提出。

申請月の翌月末に助成額を振込(還付)

所得制限があります。詳細は摂津市役所 保健福祉部 保健福祉課 総務係 電話:06-6383-1386

### ※12. 「二世登録証」

医療助成制度の運営に利用するために、※11のとおり、まず二世の登録をしていただく。

登録後、二世登録証を交付する(ただし、この登録は医療助成以外では活用されていない)

## 大阪府吹田市

### ※13. 医療助成について

○助成対象となる疾病

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第51条に定める障害を伴う疾病が対象になります。

また、医療費の助成を受けるためには、被爆者二世登録が必要です。

○申請の手続きの仕方、必要な書類

被爆者二世登録:被爆者二世登録申請書に記入のうえ、住民票の写し及び戸籍の謄本又は抄本、父又は母が被爆者であることを証する書類、その他市長が必要と認める書類の提出が必要です。

医療費助成申請:必要事項を記入、押印し、医療機関等の証明を受けた被爆者二世医療費助成金支給申請書及び口座振替依頼書、健康保険証、世帯全員に係る市民税非課税証明書、医療機関等が発行した助成対象疾病の医療費に係る領収書の提出が必要です。

### ※14. 「吹田市原子爆弾被爆二世健康管理手帳」

手帳取得の手続きの仕方、必要書類

被爆者二世健康管理手帳交付申請書、住民票の写し及び戸籍の謄本又は抄本、父又は母が被爆者であることを証する書類の提出が必要です。

必要書類:親の被爆者健康手帳

## 神奈川県川崎市の対策

### ※15. 医療助成について

助成対象となる疾病:原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則(平成7年厚生省令第33号)第51号に定める障害を伴う疾病健康管理手当の対象となる11分類の疾病とする。

助成対象となる疾病:1. 造血機能障害 2. 肝臓機能障害 3. 細胞増殖機能障害 4. 内分泌腺機能障害 5. 脳血管障害 6. 循環器機能障害 7. 腎臓機能障害 8. 水晶体混濁による視機能障害 9. 呼吸器機能障害 10. 運動器機能障害 11. 潰瘍による消化器機能障害

申請方法:償還払いでの助成となります。原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費支給申請書、医療機関で記載した原子爆弾被爆者の子ども医療費等証明書、被爆者の子ども健康診断受診証の写しを居住する区の保健福祉センターに提出します。

## 神奈川県横浜市の対策

### ※16. 医療助成について

対象者:被爆者健康手帳の交付を受けた方の実子で、市内に在住し、神奈川県発行の「被爆者のこども健康診断受診証」の交付を受けている方

対象疾病:原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第51条に定める障害を伴う疾病(次のいずれかに該当)が対象となります。①造血機能障害②肝臓機能障害③細胞増殖機能障害④内分泌腺機能障害⑤脳血管障害⑥循環器機能障害⑦腎臓機能障害⑧水晶体混濁による視機能障害⑨呼吸器機能障害⑩運動器機能障害⑪潰瘍による消化器機能障害除外疾病

次に掲げる疾病は、対象になりません。

- ①感染性疾病及び感染性疾病に起因する疾病
- ②寄生虫病及び寄生虫病に起因する疾病
- ③中毒または事故に起因する疾病
- ④自己の故意または重大な過失に起因する疾病
- ⑤前記①、②、③、④のほか、原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである疾病(虫歯、風邪、骨折、精神疾患など)

助成対象:対象疾病の治療を受けた場合に、入院及び外来の医療費や薬剤費のうち、健康保険等の規定により本人が負担すべき医療費を助成します。(診断書は1通2,620円、医療費証明書は1通1,050円を上限に助成)

また、入院された場合の食事療養費については、標準負担額を助成します。

原則として、当該年度に受けた医療費が対象となり、申請(請求)期限は翌年度4月末日までです。申請(請求)期限を経過した場合は、申請月の前年同月分以降の医療費について助成対象とします。

申請する際は、次の書類が必要です。

- ①「被爆者の子 医療費助成申請書(請求書)」(本人記入)
- ②「被爆者の子 医療費助成診断書」(担当医師に作成依頼)
- ③「被爆者の子 医療費証明書」(医療機関・薬局に作成依頼)
- ④「被爆者の子 医療費助成申請(請求)に係る同意書」(本人記入)
- ⑤「被爆者のこども健康診断受診証」(神奈川県発行)の1ページ目の写し
- ⑥「健康保険証」の写し(または提示)
- ⑦「住民票」の写し※

※「はじめて申請される方」「市外へ転出する方」「市外から転入された方」

※なお、申請内容に「被爆者のこども健康診断受診証」の交付日以前の医療費が含まれている場合は、横浜市民となった期日について確認をさせていただくことがあります。

## 島根県の対策

※17. 被爆者援護法に規定する被爆者健康手帳の交付を受けた者の実子であることの証明

- ①本人が保健所へ申請する。(必要書類:申請書、申請者と被爆者の続柄を証明するもの、申請者本人確認書類)
- ②認められると県から本人へ証明書が交付される。

## 大阪府堺市

※18. 被爆者二世健康管理表

本人を二世であると証明するものではなく、あくまでも健康管理にのみ利用するものであることを確認していただき、申込書を提出のうえ発行しています。