

各自治体被爆二世対策

2014年12月31日現在

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 111カ所	<p>申請場所:保健所</p> <p>事前に保健所へ健診を希望する旨要連絡。 ※保健所から健診実施医療機関へ受診の際に必要な問診票等送付。 二世健診を初めて利用する場合のみ、二世であることが確認できるよう手帳の写しの提示が必要。(保健所窓口にて)</p> <p>問い合わせ先: 北海道保健福祉部健康安全局地域保健課感染症特定疾患グループ TEL 011-231-4111(内線25-531)</p>	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
青森	1	12月	病院委託 6カ所	<p>申請場所:青森県庁</p> <p>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。(案内は県内の被爆者及び県外被爆者、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。</p> <p>問い合わせ先: 青森県健康福祉部保健衛生課 TEL017-734-9215</p>	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
岩手	1	10~12月	病院委託 19カ所	<p>申請場所:岩手県庁医療政策室</p> <p>・過去の健康受診者等に案内を送付 ・受診を希望される方は事前に電話もしくはFAXにより申込み(氏名、住所、連絡先電話番号、受診を希望する医療機関名等を確認) ・後日、受診対象者に決定通知・問診票等を郵送</p> <p>問い合わせ先: 岩手県保健福祉部医療政策室(感染症担当) TEL 019-629-5472(直通)</p>	なし	なし	なし	希望する 被爆二世

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				
宮城	1	10～11月	病院委託 8ヵ所	申請場所:県担当課 1. 担当課に受診申込書を提出する。2. 初回受診申込時に①住民票②戸籍抄 本③被爆者(一世)の健康手帳の写し (死亡している場合は氏名と手帳交付都 道府県名を記入)を提出。 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
秋田	1	10～12月	病院委託 9ヵ所	申請場所:県 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増進課 TEL 018-860-1424	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
山形	1	例年秋頃	病院委託 4ヵ所	県より健診の実施について連絡差し上 げ、受診申込書を送付いただく、その 後、受診機関・日程などの調整をさせ ていただく。 問い合わせ先: 山形県健康福祉部健康福祉企画課 TEL 023-630-2314	なし	なし	なし	県内の被 爆者やそ の遺族、 希望する 被爆二

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				
福島	1	11～12月	病院委託 9カ所	申請場所：県保健福祉事務所、中核市保健所 県保健福祉事務所または中核市保健所より、被爆者健康手帳所持者、葬祭料申請者、過去の二世健診受診者を通して希望者の照会を行い、その際に希望することで受診できる。 初回受診者については、戸籍謄本など被爆者の二世であることを証明する書類、また、被爆者が県外の方である場合には、被爆者健康手帳の写しが必要。 問い合わせ先： 福島県健康福祉部健康増進課 TEL 024-521-7640	なし	なし	なし	希望する被爆二世（前年度受診者等）
茨城	1	11～2月	病院委託 10カ所	申請場所：保健所 必要な書類は特別になし。 氏名、住所、被爆者に関する情報について口頭や受付票にて確認させていただく。 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 HP 県内被爆者を通じた二世健診の案内
栃木	1	11～12月	病院委託 5カ所	申請場所：県健康増進課 申込者は「健康診断申込書」を県に提出。県は医療機関と日程調整後、健診日を申込者に通知 問い合わせ先： 栃木県保健福祉部健康増進課 TEL 082-623-3094	なし	なし	なし	希望する被爆二世 県内被爆者あてに案内を送付
群馬	1	11月	病院委託 3カ所	申請場所：県庁 受診希望者が、県に対して申込書を提出する 問い合わせ先： 健康福祉部保健予防課疾病対策係 TEL 027-226-2607	なし	なし	なし	希望する被爆二世 HP

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				
埼玉	2	4月、10月 頃	病院委託 医師会加 入医療機 関全部	<p>毎年4月1日と10月1日までに二世手帳を所持している被爆二世宛に健診案内を郵送している。被爆二世はその健診案内を医療機関へ持参し検診を行っている。</p> <p>手帳を所持していない二世についても、すべての被爆一世には二世の健診案内も同封している。申し出があれば手帳交付と同時に検診できるようにしている。</p> <p>問い合わせ先： 埼玉県保健医療部疾病対策課 TEL 048-830-3583</p>	なし	なし	あり ※1	二世手帳所持者被爆者の通知に二世健診の通知を同封
千葉	1	7～2月末	病院委託 51カ所	<p>申請場所：千葉県健康福祉部健康福祉指導課</p> <p>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）</p> <p>問い合わせ先： TEL 043-223-2349 千葉県健康福祉部健康福祉指導課被爆者援護班</p>	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
東京	2	5～6月 11～12月	病院委託 一般 219カ所 がん 206カ所	<p>毎年3月に発送する「健康診断のお知らせ」に記載している契約医療機関から被爆二世自身で選択し、希望する医療機関へ直接予約の上、「健康診断受診票」を持参して受診する。</p> <p>（都では被爆二世に対して「健康診断受診票」を交付している）</p> <p>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</p>	ある ※2	ある ※3	ある ※4	希望する被爆二世HP

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				
神奈川県 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 118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「被爆者の子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： 神奈川県健康福祉局保健医療部保健予防課 TEL 045-210-4907	なし なし	なし ある ※5	なし ある ※6	希望する 県に登録 している被 爆二世全 員
新潟	1	10～2月	病院委託 5カ所	申請場所：県庁 1. 県庁から二世の方へ健診受診希望について照会。2. 希望に基づき無料受診票を送付。3. 無料受診票により各病院で健診を受診する 問い合わせ先： 新潟県福祉保健部健康対策課 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 健診時期が近づいたら、県で把握している二世の方に健診案内を送付し、希望される方から申請書を提出いただいている。 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
石川	1	1月	病院委託 1カ所	申請場所：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 手帳をお 持ちの方

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				
福井	1	11～2月	病院委託 希望者の 有無によ り病院数 は変わる	申請場所:福井県健康福祉部地域福祉課 被爆者二世健康診断受診申込書を期 限までに県庁へ提出 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 (1)手続きの仕方→被爆二世の方は県 からの健康診断の通知を受けた後、電 話で健診の申込みをし、決定通知と問 診票を受け取り、定められた病院で健 診を受ける。 (2)必要な書類→問診票と健診する病院 の診察券(持っている方のみ) 問い合わせ先: 山梨県福祉保健部健康推進課がん対 策推進担当 TEL 055-223-1497	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
長野	1	7～2月	病院委託 12カ所	申請場所:保健福祉事務所 県下の県の保健福祉事務所(長野市の み市保健所)で、申込書に記載。募集時 期は5月くらいで、健診は7～2月くらい までの時期で、受診者が希望する時期に 受診できます。 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	保健福祉 事務所 での周知 やHPでの周 知
岐阜	1	11～12月	病院委託 4カ所	健診時期の前に本人あて案内文書を送 付し、受診希望日を報告してもらう。希 望日を基に医療機関を調整し、その結 果を本人に通知し、当日受診していただく。 必要な書類は特にない。 問い合わせ先: 岐阜県庁保健医療課精神保健福祉係 TEL 058-772-1111(内4806)	なし	なし	なし	被爆二世 健康診断 名簿に登 載されて いる方に 案内書を送 付

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				
静岡	4	5～1月	病院委託 68カ所 (平成26年 度)	申請場所:管轄保健所 初めて申請する場合は、保健所に①住 民票の写し、②戸籍謄本又は抄本、③ 父又は母が被爆者であることを証する 書類(被爆者健康手帳の写し等)を提示 する。 2回目以降は、管轄保健所からの健診 実施通知に基づき、「被爆二世健康診 断受診申請書」を保健所に提出する。 問い合わせ先: 静岡県健康福祉部医療健康局疾病対 策課 TEL 054-221-3773 初めて希望する場合は申請書に、住民 票の写し、戸籍謄本(抄本)、父又は母 が被爆者であることを証する書類を添 付する	ある ※7	なし	なし	希望する 被爆二世 HP
愛知	1	1～2月頃	病院委託 9カ所	申請場所:電話等により県へ 二世本人から電話等によって、氏名、 住所、連絡先を名簿登録。 11月下旬に名簿登録者全員に申込書を 郵送するので、受診を希望する医療機 関等を選択し、親である被爆者の手帳 番号等を記入のうえ返送されると、申込 み完了となる。 問い合わせ先: 愛知県健康対策課 TEL 052-954-6268	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世
三重	1	12～2月	病院委託 70～80カ 所 対象者の 希望病院 の数	申請場所:保健所 保健所から案内通知を送付→希望者が 保健所に申込み→保健所から県庁へ連 絡→県庁にて受診病院の調整及び希 望者への通知 問い合わせ先: 三重県健康福祉部健康づくり課 TEL 059-224-2334	なし	なし	なし	希望する 被爆二世

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ヵ所	申請場所:保健所 申込書を保健所に提出 問い合わせ先: 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 テレビ 希望する 被爆二世
京都	1	11月	病院委託 31ヵ所	申請場所:京都府健康対策課 受診申込書を健康対策課あて郵送又は FAXにて送付する。 問い合わせ先: 京都府健康対策課疾病対策担当 TEL 075-414-4737	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ヵ所 及び堺市 各保健セ 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)へ申し込む。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 健課援護グループ TEL 06-6944-9172	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35ヵ所	申請場所:被爆者相談室 毎年7～8月で電話申込み(新規の方の み)を受ける。その後、9月中旬に受診 申込書を二世の方に送付するので、申 込書を当課宛に返送いただく。 10月初旬に当課より受診書を発送し、そ ちらを持参の上、各病院で健康診断を 受診いただく。 問い合わせ先: 兵庫県健康福祉部疾病対策課被爆者 相談室 TEL 078-361-8604	なし	なし	なし	希望する 被爆二世 HP 一世の健 診案内文 に同封し てのご案内

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月	病院委託 2カ所	申請場所:保健所 ①二世健康診断受診案内名簿登録申込書に住民票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時を最終案内 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 0742-27-8262	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:各保健所及び健康推進課 県から申込書を過去の受診者及び県内在住の被爆者あてに送付し、受診希望者は申込書を郵送又はFAXで提出する。申込者には個別に受診日を調整している。 問い合わせ先: 和歌山県庁健康推進課 TEL 073-441-2640	なし	なし	なし	広報誌 被爆者 県内在住 被爆二世
鳥取	1	10月頃	病院委託 4カ所	保健所に電話で申し込む 問い合わせ先: 鳥取県福祉保健課 TEL 0857-26-7145	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世 新聞
島根	1	9～12月 末	病院委託 24カ所	申請場所:保健所 ①本人が保健所に申込み(必要書類:原爆被爆二世健康診断申込書) ②県から本人へ決定通知の送付 ③本人が医療機関に予約し、受診 問い合わせ先: 島根県健康福祉部健康推進課 TEL 0852-22-5329	なし	なし	あり ※17	新聞 希望する 被爆二世 HP ラジオ

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				
岡山	1	1～2月	病院委託 12カ所	申請場所：岡山県保健福祉課援護班、 各保健所 (1)希望者は、「被爆者二世健康診断 申込書」に必要事項をご記入のうえ郵 送または、岡山県庁保健福祉課ホーム ページから電子申請にてお申し込み下 さい。電話番号は、昼間連絡がつく電話 番号を記入して下さい。 (2)申込をされてあ後に、岡山保健福祉 課から「健康診断の案内書」を送りま すので、医療機関にご連絡いただき、予 約したうえで受診して下さい。 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	なし	なし	あり ※8	テレビ ラジオ HP 希望する 被爆二世
広島 広島市 については別 欄で説明	1	平成26年 度の場合 申込期間 26.6.1～2 7.1.31 実施期間 26.6.10～ 27.2.28 (精密検 査は27.3. 10)	病院委託 465カ所 被爆者健 診会場で 受診でき る市町も ある。	申請場所：広島県庁 専用はがき、もしくは、広島県のホーム ページから電子申請で申込み。 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 ポスター (被爆者支 援課内市 町・実施 医療機関 に掲示を 依頼) 希望する 被爆二世
山口	4	定期健診 6月、11月 4回のうち 2回は受 診者の希 望する時 期に受診 可能	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：保健所等 申請書を保健所又は医療機関へ提出 の上、受診 ※医療機関で対応可能な機関は一部に 限られる。 問い合わせ先： 山口県健康福祉部医務保健課 TEL083-933-2928	なし	なし	あり ※9	広報誌 ラジオ 希望する 被爆二世

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				
徳島	1	10月	病院委託 3カ所	申請場所:徳島県庁健康増進課感染症 疾病対策室疾病対策担当 はがきまたは封書にて「受診希望」と明 記の上、次の項目を記入し、徳島県庁 健康増進課感染症疾病対策室疾病対 策担当までお申し込み下さい。(1)住所 (2)氏名(ふりがな)(3)生年月日(4)性別(5) 受診希望病院名(6)受診希望日(7)連絡 先(電話番号等)(8)被爆者である親の氏 名(9)以前にこの健康診断を受診したか どうか 問い合わせ先: 健康増進課感染症疾病対策室 TEL 088-621-2228	なし	なし	なし	被爆者 希望する 被爆二世
香川	1	12月	病院委託 3カ所	「被爆二世健康診断受診申込書」にて 窓口(県庁、各保健福祉事務所)もしく は郵送にて申し込む。県から日時等を 記載した通知と問診票を送付し、受診し ていただく。 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 被爆者や その遺族 希望する 被爆二世
愛媛	1	11~2月	病院委託 8カ所	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 089-912-2404	なし	なし	なし	希望する 被爆二世 HP

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				
高知	1	11～12月	病院委託 4カ所	申請場所:高知県健康対策課 被爆者及び前年度から当該年度死亡の被爆者の遺族への案内通知送付時に添付する「原爆被爆者二世健康診断申請書」(県広報による申込の場合は、電話連絡が必要)を申込期間内に高知県健康対策課まで提出していただき、委託医療機関との個別の日程調整後、受診希望者へ実施について通知(問診票及び健康診断個人票を併せて送付)し、都合が悪い場合は再度個別に日程調整する。 問い合わせ先: 高知県健康対策課難病担当 TEL 088-823-9678	なし	なし	なし	広報誌 新聞 希望する 被爆二世 被爆者
福岡	1	10～2月	病院委託 22カ所	ほとんどの医療機関が事前予約となっているため、予約を行っていただき、健診を受診。特に必要な書類はない 問い合わせ先: 福岡県保健医療介護部健康推進課 TEL 092-643-3267	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世 HP
熊本	1	11～12月	病院委託 12カ所	申請場所:県庁 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。 問い合わせ先: 健康づくり推進課 TEL 096-333-2210	なし	なし	なし	被爆者 被爆者が他 界か他県在 住等の二世 HP 希望する被 爆二世
佐賀	1	7～2月	病院委託 9カ所	申請場所:保健福祉事務所 最寄りの保健福祉事務所は受診申込書を提出し、受診票を受け取る。 被爆者二世であることの確認は親の被爆者健康手帳の写し等により行う。 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 被爆者健康 診断の通知 に被爆二世 健診の案内 を同封して いる

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				
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 335カ所	申請場所:市町役場、保健所 本人又は代理人が窓口で申込む。本人 が申請書に記入したものの複写の受診 票に役場が採番・受付印を押印。その 受診票を本人に交付する。本人は予約 した委託医療機関に当日受診票を持参 する。 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
大分	1	12月	病院委託 130カ所	申請場所:保健所(部) ①希望者は保健所(部)窓口に「被爆二 世健康診断申込書」を提出(電話での申 込みも可) ②希望者に対し、「受診票」を交付 ③希望者は②を医療機関へ提示し、健 康診断を受診 ※①の申請時に親の手帳番号等の確 認を行っています。 問い合わせ先: 大分県福祉保健部健康対策課疾病対 策班 TEL 097-506-2671	なし	なし	なし	広報誌
宮崎	1	9～3月	病院委託 9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 希望する被 爆二世 HP
鹿児島	1	10～1月	病院委託 約186カ所	申請場所:県庁健康増進課 受診希望者の方には申込用紙を県庁 健康増進課にご送付いただいています。 お問い合わせ先: 鹿児島県保健福祉部健康増進課 TEL 099-286-2714	なし	なし	なし	新聞 希望する被 爆二世

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				
沖縄	1	10～12 月、1～2 月頃	病院委託 5カ所	申請場所:各保健所 二世健診希望調査へ回答し、各保健所 より健診日程を通知。希望調査の際に 必要の応じて、戸籍等の書類を添付 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	希望する被 爆二世 被爆者ご本 人への通 知と同封す る
広島市	1	6～2月	病院委託 268カ所	申請場所:広島市原爆被害対策部 ①市役所、区役所、公民館等に置いて ある専門の申込はがきに記入し、投函 する。 ②その後、市役所から送られてくる受診 票を持って健診を受ける。 なおホームページから電子申請による 申込も可能。 問い合わせ先: 広島市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 (市役所、 区役所、公 民館、実施 医療機関 等) 市政記者ク ラブへの情 報提供 HP
長崎市	1	4～翌2月	病院委託 17カ所	申請場所:援護課 援護課・支所・行政センターの窓口で 「受診申込書」に必要事項を記入又は 「受診申込書」の記入内容を郵便、ファ ックスで申し込む。 問い合わせ先: 長崎市市民局原爆被爆対策部救護課 TEL 095-829-1149	なし	なし	なし	広報誌 テレビ ラジオ 市政記者 への情報 提供 被爆者・二 世団体へ の情報提 供 HP
摂津市	1	毎月2回	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						あり ※13	あり ※14	広報誌

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				
川崎市			市内22カ 所他市で も受診可 能		なし	あり ※15	県と 同じ	
横浜市					なし	あり ※16	県と 同じ	
堺市	1	11～2月 頃	保健所 病院2カ所	二世健診申込書 ・大阪府下用 ・境市各保健センター用 今年度初めて保健センターにて健診 問い合わせ先： 大阪府堺市保健医務課	なし	なし	あり ※18	広報誌 前年度健 診を受けた 方について は大阪府よ り案内して 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。

○神奈川県の対策

※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。

○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）

※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「被爆者の子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感染性疾患及び感染性疾患に起因する疾患
- ②寄生虫病及び寄生虫病に起因する疾患
- ③中毒または事故に起因する疾患
- ④自己の故意または重大な過失に起因する疾患
- 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患（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。

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）

※過去に診断書を添付して申請された方で、その病状に変化がなく同一の疾病で継続して同一の医療機関にかかっている場合は、省略することができます。

- 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「被爆者の子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「被爆者の子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。