

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 保健所に受診の申し込みが必要。 (必要書類) ①被爆者本人の手帳の写し。 ②二世であることを証明する書類(戸籍 謄本、被爆者との関係を証明する書類) 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25-525)	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
青森	1	12～1月	病院委託 ※受託医 療機関	申請場所:青森県庁 問い合わせ先: 青森県健康福祉部保健衛生課難病対策グ ループ 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 岩手県医療政策室に電話・FAX又は郵送で 受診を申し込む。 受診が決定した方に問診票及び健康診断個 人票(一般・精密)を送付する。 受診者は受診する病院に予約をし、問診票 等を持参して受診する。 問い合わせ先: 岩手県保健福祉部医療政策室 TEL 019-629-5466	なし	なし	なし	HP 希望する 被爆二世
宮城	1	9～2月頃	病院委託 8カ所	申請場所:宮城県庁 (1)「原Ⅱ健康診断申込書」に必要事項を記 入し、郵送又はファクシミリで申し込む。なお 初めて受診される方につきましては、後日、 必要事項についてお問い合わせさせていただく ことがある。 (2)申し込み後、2週間程度で、宮城県から 「健康診断受診券(以下「受診券」という)及 び「問診票」を送る。 (3)受診券が届いたら、各病院に対し、直接 電話で予約する。その際「被爆二世健診の 予約」と申し出る。※気仙沼市立病院での受 信を希望される方は、予約の電話は不要。 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					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				
秋田	1	10～12月	病院委託 9カ所	<p>申請場所:秋田県庁健康推進課 手帳交付者、過去の二世健診受診者等に案内し、申し込んでもらう。 申込のあった受診者が希望する医療機関に対し必要書類を送り期間内に受診してもらうよう促す。</p> <p>問い合わせ先: 秋田県健康福祉部健康推進課 健康危機管理・疾病対策班 TEL 018-860-1424</p>	なし	なし	なし	HP 希望する 被爆二世
山形	1	12～2月頃	病院委託 4カ所	<p>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。</p> <p>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</p>	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
福島	1	11月頃	病院委託 11カ所 ※H29契約医療機関数	<p>申請場所:各保健福祉事務所 各保健福祉事務所から健診の通知を行い、希望者は申込をする。初めて本県で受診する際は、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の添付が必要。</p> <p>問い合わせ先: 福島県保健福祉部健康増進課 TEL 024-521-7640</p>	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 10カ所	<p>申請場所:各保健所 ・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。</p> <p>問い合わせ先: 茨城県保健福祉部保健予防課 TEL 029-301-3220</p>	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	11～12月	病院委託 5カ所	<p>申請場所: 栃木県健康増進課</p> <p>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。</p> <p>問い合わせ先: 栃木県保健福祉部健康増進課 TEL 028-623-3096</p>	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
群馬	1	10～翌2月	病院委託 3カ所	<p>申請場所: 県保健予防課</p> <p>県内の被爆者及び被爆二世名簿登載者に案内を送付し、同封の申込書を県保健予防課に提出してもらう。県保健予防課で受診先病院を決定後、受診者に通知する。受診者は各自医療機関に予約等を行い、県の受診決定通知を提示して受診する。</p> <p>問い合わせ先: 群馬県健康福祉部保健予防課 TEL 027-226-2607</p>	なし	なし	なし	希望する 被爆二世 HP
埼玉	2	4～5月、10～11月頃	病院委託 医師会所属病院ならどこでも	<p>事前申請不要</p> <p>年2回通知と一緒に検診票を送付しています。受診を希望する被爆者二世の方は書類を持って医療機関に予約をしています。</p> <p>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</p>	なし	なし	あり ※1	対象全員に案内を送付希望する二世
千葉	1	7～2月末	病院委託 45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・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: 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</p>	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世 自治体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				
東京	2	5～6月 11～12月	病院委託 一般 213カ所 がん 201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。 「健康診断受診票交付申請書」に添付書類 (住民票、戸籍抄本、親の被爆者健康手帳 の写し)を添えて申請する。 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
神奈川県 川崎市、 横浜市に ついては 別欄で 説明	1	5～翌3月1 0日迄	保健所 病院 115カ 所	事前申請不要 毎年1回郵送する「被爆者等定期 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 045-210-4907	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 県から健診実施の案内が郵送されるので、 期日までに申込書を県へ提出する。(FAX又 は郵送)受診者に決定すると、決定通知が郵 送されるので、医療機関へ受診予約をする。 受診の際、決定通知と共に県から送付され る無料受診券を受診する医療機関へ提出す る。 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個別に案内を
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 県から被爆二世の方に健康診断の実施を通知する。受診希望者は電話で申込みを行い、県からの受診決定通知と問診票を受け取り、健診実施病院で健診を受ける。 問い合わせ先: 山梨県福祉保健部健康増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 10カ所	申請場所:県保健福祉事務所、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> 県保健福祉事務所に申し出いただき、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> 健診の申込書のみご提出いただきます。 ※募集期間は5～6月頃で左記の期間内であればいつでも受診可能です。 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～ 12月	病院委託 5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 62カ所	申請場所:県保健所 ①管轄の保健所に二世申請(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保健所が二世の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:郵送にて愛知県健康福祉部健康医療局健康対策課 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 原爆・難病企画グループ TEL 052-954-6268	なし	なし	なし	新聞 愛知県のHP 希望する被爆二世
三重	1	12～ 2月	病院委託 本人の希望の病院・診療所と契約	申請場所:住所地を管轄する保健所 申込書を住所地を管轄する保健所に提出する 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	HP 希望する被爆二世
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寿命推進課 TEL 077-528-3655	なし	なし	なし	広報誌 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				
京都	1	11月	病院委託 32カ所	<p>申請場所: 京都府健康対策課、各保健所</p> <p>・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併せて記入し、申込期日までに府担当課、保健所あて申し込み。</p> <p>・受診申込書はホームページから入手するか、実施案内を府内被爆者、案内希望者に送付</p> <p>・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、問診票を記入の上、受診する。</p> <p>問い合わせ先: 京都府健康福祉部健康対策課 TEL 075-414-4725</p>	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	<p>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</p> <p>手帳の番号と受診申込者の印鑑が必要。 申込期間: 9～10月 申し込み後、実施日と健診場所を本人に直接通知</p> <p>問い合わせ先: 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 疾病対策・援護グループ TEL 06-6941-0351(内線2597)</p>	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世 HP
兵庫	1	10～2月頃	病院委託 約33カ所	<p>申請場所: 県</p> <p>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</p> <p>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</p>	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(初回のみ) ②保健所より名簿登録者へ受診申込案内・申込書を送付 ③受診希望者は受診申込書を保健所へ提出 ④県より受診申込者へ実施日程を最終案内 問い合わせ先: 奈良県医療政策部保健予防課難病・医療支援係 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(FAX可) 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	10～2月頃	病院委託 4カ所	申請場所:東部福祉保健事務所、各総合事務所福祉保険局 事前に東部福祉保健事務所、各総合事務所福祉保険局に電話で申し込む 問い合わせ先: 鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局福祉保険課 TEL 0857-26-7145	なし	なし	なし	被爆者希望する被爆二世
島根	1	7～2月頃	病院委託 25カ所	申請場所:保健所 保健所からの案内により「受診申込書」を提出する。 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	広報誌希望する被爆二世 HP ラジオ テレビ

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				
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	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	6～翌年2月	病院委託 529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。 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	4回のうち2回は定期健診月(6月、11月)に受診	病院委託 35カ所+ 郡市医師会員の開設する医療機関	申請場所:居住地を管轄する健康福祉センター 健康福祉センターで「被爆二世健康診断受診申請書」を記載し、医療機関へ提出して受診 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:県庁担当課 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(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(10)多発性骨髄腫検査希望の有無 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

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				
香川	1	12月	病院委託 3カ所	申請場所: 県庁または保健所(4カ所) 「被爆二世健康診断受診申込書」に受診希望の医療機関、日時等を記入し、県庁または保健所に郵送または持参。 問い合わせ先: 香川県健康福祉総務課 TEL 087-832-3272	なし	なし	なし	広報紙 希望する 被爆二世 に案内を 送付
愛媛	1	11～ 1月	病院委託 8カ所	申請場所: 県庁又は保健所 県が示している必要事項を記載した任意の様式を封書で県庁(中核市在住者)又は管内保健所に郵送する。 必要事項は①氏名・ふりがな(性別)、②住所、③生年月日、④電話番号、⑤手帳所持者の氏名、⑥手帳番号、⑦多発性骨髄腫受診希望のとおりである。 問い合わせ先: 愛媛県保健福祉部健康衛生局健康増進課 母子保健係 TEL 089-912-2405	なし	なし	なし	HP 希望する 被爆二世
高知	1	11、1 2月	病院委託 4カ所	申請場所: 高知県健康対策課 ①「原爆被爆者二世健康診断申請書」を高知県庁健康対策課へ提出してもらう。 ②県が医療機関と日程調整し、実施通知、問診票・健康診断個人票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カ所	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がん感染症疾病対策課難病対策係 TEL 092-643-3267	なし	なし	なし	広報誌 HP 希望する 被爆二世 (前年度受診者に対し案内を送付)

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				
熊本	1	11～ 12月	病院委託 12カ所	申請場所:熊本県健康づくり推進課 「被爆二世健診申込書」に希望者の氏名、被爆者の方の氏名と希望する医療機関、希望日等を記入して提出していただく。 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
佐賀	1	7月～ 2月	病院委託 9カ所	申請場所:県保健福祉事務所 住所地を管轄する保健福祉事務所に申し込む。(親の被爆者健康手帳の写し等を提出してもらう) 医療機関と調整後、各種様式を申込者あて送付する。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 0952-25-7074	なし	なし	なし	広報誌 HP 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月中旬～ 翌2月末頃	病院委託 291カ所 診療所含む	申請場所:県・市町 市町の窓口で申込書に必要事項を記入し提出。 問い合わせ先: 長崎県原爆被爆者援護課保健医療班 TEL 095-895-2475	なし	なし	なし	広報誌 希望する被爆二世 新聞 県のHP
大分	1	11～ 1月	病院委託 118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取得)を記入し、住所地を所轄する保健所(部)に提出する。 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	広報誌 HP 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	11～ 1月	病院委託 約179 カ所	<p>申請場所:鹿児島県保健福祉部健康増進課</p> <p>1. 事前の申込に必要な書類:「被爆二世健康診断申込書」のみ</p> <p>2. 県からの決定通知後、希望する医療機関を御自身で予約の上受診</p> <p>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</p>	なし	なし	なし	希望する被爆二世HP被爆者への周知
沖縄	1	11～ 2月頃	病院委託 6カ所	<p>申請場所:保健所</p> <p>健診を希望する祭は、受診希望調査票を保健所へ提出する。その後、保健所から日程決定通知が送付され、その日程により各病院において受診となる。</p> <p>問い合わせ先: 沖縄県保健医療部地域保健課 TEL 098-866-2215</p>	なし	なし	なし	県HP希望する被爆二世
広島市	1	6～2 月	病院委託 321カ 所 及び一部 の市町の 被爆者健 診会場	<p>申請場所:広島市役所</p> <p>・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。</p> <p>・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</p> <p>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</p>	なし	なし	なし	<p>広報誌 ポスター (実施医療機関、各区役所、公民館等に掲示を依頼)</p> <p>市政記者クラブへの情報提供</p> <p>HP 希望する被爆二世</p>

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				
長崎市	1	4月中旬～ 翌2月頃	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 ・インターネットによる申込 なお、H29年度から前年度に受診した方には 事前に受診票を送付し、申込不要とした。 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 テレビ ラジオ HP 二世団体 へのお知 らせの 他、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。 希望する 被爆二世
摂津市	1	決まってい ない	摂津市保 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 (内線2518)	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	特に実施 していな い
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		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	堺市内各 区保健セ ンター 病院2カ 所 他、府内 19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

申請書に被爆者手帳の写し（実親のもの、なければ実親の氏名、生年月日、亡くなったときの住所地を記入したメモ書き）、住民票、戸籍抄本（謄本）を添付して提出してもらう

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205ヵ所

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

助成対象：原子爆弾被爆者援護法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。

ただし次に掲げるものを除く。

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. 中毒又は事故に起因する疾病。
4. 前各号に掲げるもののほか、原子爆弾の放射能の影響によるものではないことが明らかである疾病

手続き方法：医療助成認定申請書に診断書、健康診断受診票の写し及び健康保険被保険者証の写しを添えて申請する。

※ 4. 健康診断受診票

所定の健康診断受診票交付申請書に添付書類（住民票、戸籍抄本、被爆者である親の被爆者健康手帳の写し）を添えて申請する。

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

参照 <http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f6866/p22034.html>

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または政令市に申請する。"

※ 6. 被爆者のこども健康診断受診証

申請の手続きは、居住地を所管する保健所等で行うことができる。

次の書類にて申請

・所定の申請書、住民票、戸籍抄本、親の被爆者健康手帳の写しを添付して県に申請する。（なお、親の被爆者の方が亡くなっており、被爆者健康手帳の写しを添付できない場合は、父又は母の被爆者健康手帳の記載事項申立書を記載します。）"

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 4月～6月 10～12月

岡山県の対策

※ 8. 健康診断の記録（被爆者二世）

健診受診者へ送付する受診案内で健康診断の記録を希望するかを尋ねて、希望者へは送付。

山口県の対策

※9. 被爆二世健康診断記録表

「被爆二世健康診断記録表交付申請書」を健康福祉センターへ提出

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（平成7年厚生省令第33号）第51に定める障害を伴う疾病

申請方法：1. 被爆者二世医療費助成の登録⇒両親どちらかの被爆者手帳、戸籍謄本、健康保険証
2. 医療費助成⇒領収書兼診断書（市様式）、病院の領収書、申請書"

※12. 「原子爆弾被爆者二世登録証」

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となります。

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。

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（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（第1様式）、原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費等証明書（第2様式）、被爆者の子ども健康診断受診証の複写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：横浜市に住民登録がある「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」第1条に規定する被爆者の実子で、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通につき 2,700 円、医療費証明書は1通につき 1,080 円を限度額として助成。）

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。

※ 健康保険外の診療や人間ドック、差額ベッドなど健康保険が適用されない費用及び交通費は助成対象になりません。

※ 高額療養費や療養付加金など、健康保険組合等からの還付金は助成決定金額から差し引きします。

対象期間：「被爆者のこども健康診断受診証」の交付日以降、かつ横浜市民である期間を助成します。

・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。（例；平成29年4月申請の場合、平成28年4月から平成29年3月分までの医療費を請求できます）。

・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。お住まいの区の福祉保健センター福祉保健課健康づくり係、または健康福祉局保健事業課に申請書を提出してください。（郵送可）

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）」
- ② 「被爆者の子 医療費助成診断書」（担当医師に依頼）※
- ③ 「被爆者の子 医療費証明書」→（医療機関・薬局に対象疾病についての医療費証明を依頼）
- ④ 「被爆者の子 医療費助成申請（請求）に係る同意書」
- 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
- ⑦ 「住民票」の写し※

※新規申請の場合は②及び⑦の提出が必須となります。

※②については、疾病の追加や病状の変化、転院または担当医の変更が生じた際は提出が必要です。

※⑦については、住所変更があった場合は提出が必要です。

平成26年4月1日より様式が変更となっていますので、ご注意ください。 "

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

「被爆者二世健康管理表交付依頼書」、被爆二世であることが確認できる書類（親の被爆者健康手帳、健康管理手当証書等）、本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）を堺市内各保健センターに提出する。

※被爆者二世健康管理表は健康診断の結果などを記録し、継続的な健康管理に役立てていただくものであり、健康管理以外の目的に使用できるものではありません。