

各自治体被爆二世対策

2021年12月19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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
北海道	1	前期(5月～6月)か、後期(11月)のいずれか	病院委託 115カ所	申請場所:各保健所 ・保健所が健診実施医療機関へ健診書類を送付、更に二世へ送付。 ・二世が受診 問い合わせ先:北海道保健福祉部地域保健課 難病対策係 TEL 011-231-4111(内25-525)	なし	なし	検計中	希望する被爆二世 HP
青森	1	12月頃	病院委託	申請場所:青森県庁 申請期間:10月 原爆被爆者二世健康診断申込書を提出する 問い合わせ先: 青森県健康福祉部がん・生活習慣病対策課 TEL017-734-9215	なし	なし	なし	希望する被爆二世
岩手	1	11～12月	病院委託 17カ所	申請場所:岩手県庁医療政策室(申込) 令和3年11月1日～12月24日(金)までの期間で、各自対象の病院へ申し込みのうえ受診。 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 019-629-5417	なし	なし	なし	HP 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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
宮城	1	9～1月 頃	病院委託 8カ所	<p>申請場所：宮城県保健福祉部疾病・感染症対策課難病対策班</p> <p>申請期間：9月～12月</p> <p>(1)原2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お申し込む。</p> <p>(2)宮城県から「健康診断受診券(以下「受診券」)」及び「問診票」をお送る。</p> <p>(3)受診券が届いたら、医療機関に電話で予約。</p> <p>(4)受診の際は、医療機関の窓口に「受診券」と記入した「問診票」を提出する。</p> <p>(5)後日、宮城県から健康診断結果を郵送する。</p> <p>※初めて被爆二世健康診断の受診申込をする方は、次に掲げる書類を提出。</p> <p>被爆二世健康診断案内送付申込書 受診を希望される方の戸籍抄本 受診を希望される方の住民票</p> <p>問い合わせ先： 宮城県保健福祉部疾病・感染症対策課難病対策班 TEL 022-211-2636</p>	なし	なし	検計中	広報誌 希望する被爆二世 HP
秋田	1	9～11月	病院委託 9カ所	<p>①「被爆二世健康診断受診申込書」の提出により申し込む(Fax、郵送等)。</p> <p>※申請先：保健・疾病対策課 締め切り：8月お盆前頃まで</p> <p>②申込者に対して希望する医療機関での受診可能日をお知らせする。</p> <p>③申込者から病院へ直接予約する。(事前に希望日が決まっている場合は課から予約。)</p> <p>※初めて二世検診を受診する方は、被爆者健康手帳の写しと被爆者との関係を示す書類を提出(戸籍謄本等)。</p> <p>問い合わせ先： 秋田県健康福祉部保健・疾病対策課 TEL 018-860-1424</p>	なし	なし	なし	HP 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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
山形	1	12～2 月頃	病院委託 4カ所	被爆者本人・二世の方へ10～11月頃案内文書及び申込書を送付。受診希望の場合は申込書を同封の返信用封筒にて送付いただく。受診希望者とは個別に受診調整を行う。 問い合わせ先： 山形県健康福祉部新型コロナワクチン接種総合企画課 TEL 023-630-2314	なし	なし	検討中	希望する被爆二世
福島	1	11～2 月	病院委託 12カ所 ※令和3年度受診者が希望する医療機関と契約	申請場所：県保健福祉事務所、中核市保健所保健福祉事務所（中核市の場合は保健所）において郵送又は窓口で受付。なお、初受診の際には戸籍抄本の提出が必要。 問い合わせ先： 各保健福祉事務所（中核市の場合は保健所） 福島県のホームページ（原爆被爆者の援護）を参照願います。 保健福祉部健康づくり推進課 TEL 024-521-7640	なし	なし	なし	希望する被爆二世
茨城	1	11～2 月	病院委託 10カ所	申請場所：各保健所 募集：各保健所から過去に2世健診を受診した者及び被爆者へ案内を送付。また、県のホームページにも案内を掲載 申込：希望者は居住地を管轄する保健所へ電話・FAX・来所のいずれかで申し込み、必要書類は特にないが、受診歴のない方は、親の手帳情報及び親子関係を証明できる書類（戸籍類）を求める。 申込期日：9月中を目安 問い合わせ先： 茨城県保健福祉部健康・地域ケア推進課難病対策グループ TEL 029-301-3220	なし	なし	あり	希望する被爆二世 HP 茨城県原爆被爆者協議会への周知依頼

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆二世 記録簿	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	申請場所：栃木県保健福祉部健康増進課 健康診断受診申込書に氏名、住所等と受診希望日、医療機関を記載して郵送にて申込む。 県が医療機関と調整を行い、受診日を決定した後、受診希望者に通知する。 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	検討中	希望する被爆二世 HP
群馬	1	11～2 月頃	病院委託 3カ所	申請場所：県健康福祉部感染症・がん疾病対策課 ①県から送付された申込書に記入後、申込書を県へ提出。(郵送、10月上旬〆切) ②申込書提出後に県から受診決定通知が届いたら、各自指定の病院へ受診予約をする。 問い合わせ先： 群馬県健康福祉部感染症・がん疾病対策課 TEL 027-226-2601	なし	なし	検討中	希望する被爆二世 HP
埼玉	2	4～9月、 10月～1 月	病院委託 県医師会に 加入している 医療機関	健診を受けるには、二世として手帳取得が必要です、期間開始前に健診を案内する書類を発送していますので、医療機関へ持参して下さい。 なお、予約を必要とする医療機関も多いようですので、事前確認や予約を推奨しています。 問い合わせ先： 埼玉県保健医療部疾病対策課難病指定対策担当 TEL 048-830-3583	なし	なし	あり	希望する二世 HP 原爆被害者協議会による周知
千葉	1	7月1日 ～2月28 日	病院委託 43カ所	申請場所：千葉県健康福祉部健康福祉指導課 申請期間：1月末日 県HP掲載の「被爆二世健康診断希望(エクセル)」を封書で送付。 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	あり	希望する被爆二世 広報誌 県HP

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆二世 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
東京	2	春期：5 ～6月 秋期：11 ～12月	病院・診療所 委託 一般 203カ所 がん 189カ所	各医療機関に健康診断受診票を受診時に提出。 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 ※1	ある ※2	ある	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月～ 翌年3 月10日 まで	保健所 病院 109カ所	申請は不要、予約は医療機関による 毎年1回郵送する「被爆者等健康診断のご案内」に記載されている日程一覧表から希望する医療機関及び日時を選び、必要に応じて予約する。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」を医療機関の窓口に提示する。 問い合わせ先： 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部生活援護課援護グループ TEL 045-210-4907	なし	ある ※3	ある	希望する被爆二世 HP
新潟	1	10～2 月	病院委託 6カ所	申請場所：県健康づくり支援課 申請期間：8月～9月 受診を希望する場合、県が定めた日までに県へ申し込む。県で受診を決定し、無料の受診証を送付している。受診者が健診を希望する病院と連絡し、受診日を決定めて、受診する。必要書類はない。 問い合わせ先： 新潟県福祉保健部健康づくり支援課 TEL 025-280-5202	なし	なし	ある	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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
富山	1	10月頃	病院委託 1カ所	申請場所: 県庁 申請期間: 9月中旬頃まで これまで本県で被爆二世健診を受診したことがない方→被爆二世健康診断案内申込書、戸籍謄本・抄本、住民票記載事項証明書、被爆者の被爆者健康手帳の写しを9月中旬までに富山県に提出。 被爆二世健診受診歴がある方→約1ヶ月前に案内郵送、希望の方は受診申請書を富山県庁へ提出。 問い合わせ先: 富山県厚生部健康対策室健康課 TEL 076-444-4513	なし	なし	ある	希望する被爆二世被爆者
石川	1	1月頃	病院委託 1カ所	申請場所: 石川県健康推進課 健診診断申込書(県で把握している被爆二世・被爆者あてに案内とともに送付)に必要な事項を記入の上、石川県健康推進課へ提出する。 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	検討中	希望する被爆二世HP県内の被爆者健康手帳所持者に案内を送付している。
福井	1	10～翌年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 8月上旬に健診実施の通知を対象者に送付。HPにも掲載。8月末までに受診申込書を当課(福井県地域福祉課)にて受付。 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希望する被爆二世過去健康診断を受診した方には通知文を送付している
山梨	1	1月頃	病院委託 1カ所	県から被爆二世の方(県へ被爆二世届を提出した者)へ健康診断の実施を通知し、指定の期日までに本人が病院へ予約する。 問い合わせ先: 山梨県福祉保健部健康増進課 TEL 055-223-1497	なし	なし	あり	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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
長野	1	7～2月	病院委託 12カ所	申請場所：県保健福祉事務所、長野市保健所、松本市保健所 <過去に受診したことがある方> 健診の申込書を提出いただきます。 <初めて受診を希望する方> 県保健福祉事務所（長野市にお住まいの方は長野市保健所、松本市にお住まいの方は松本市保健所）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、健診の申込書をご提出いただきます。 ※募集期間は5～6月頃で7月～2月の期間内であれば受診可能です。 問い合わせ先： 長野県健康福祉部地域福祉課 TEL026-235-7094	なし	なし	あり	HP 被爆者 希望する被爆二世
岐阜	1	11～ 12月	病院委託 4カ所	毎年8月～9月頃に健診のご案内を送付し、希望者を募ります。その後、希望者が希望する日と受診医療機関を保健所を通じて保健医療課で調整し、10月頃受診日を通知します。 問い合わせ先： 岐阜県庁健康福祉部保健医療課精神保健福祉係 TEL 058-272-8275	なし	なし	検討中	希望する被爆二世
静岡	4	定期健診：5～7月、10～12月 希望による健診：5～1月（うち、がん検診1回）	病院委託 58カ所	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保健所が二世の希望する医療機関と日程調整し、受診日を通知する。 問い合わせ先： 静岡県健康福祉部医療局 疾病対策課がん対策班 TEL 054-221-3773	ある ※4	なし	ある	HP 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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
愛知	1	1～2月 頃	病院委託 13カ所	<p>・二世本人からの電話にて名簿に登録(住所、氏名、TEL、生年月日等)</p> <p>・例年11月上旬に登録者宛てに申込書を郵送。</p> <p>・受診希望者は希望する医療機関及び実施日、親の被爆者手帳番号等を記入した上で、11月30日(必着)までに健康対策課に返送。</p> <p>問い合わせ先: 愛知県保健医療局健康医務部健康対策課原爆・アレルギー対策グループ TEL 052-954-6268</p>	なし	なし	あり	HP 希望する被爆二世
三重	1	11～翌 年2月	病院委託 各申込に対応	<p>申請場所: 住所地を管轄する保健所</p> <p>申込書を住所地を管轄する保健所に提出する</p> <p>問い合わせ先: 三重県医療保健部健康推進課 TEL 059-224-2334</p>	なし	なし	検討中	HP 希望する被爆二世 被爆者健康手帳所持者への案内送付
滋賀	1	1～3月 頃	病院委託 10カ所	<p>毎年11月に保健所にて二世健診の受付を行っている。</p> <p>健診を受けるには、被爆二世者健康診断受診申込書の提出が必要。</p> <p>問い合わせ先: 滋賀県健康医療福祉部健康寿命推進課 TEL 077-528-3653</p>	なし	なし	あり	広報誌 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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
京都	1	11月	病院委託 29カ所	申請場所:京都府健康対策課、保健所[申請]、 病院へ直接[予約] 申込期間:9月中 ・受診申込書に、受診希望医療機関、多発性 骨髄腫検査希望の有無、被爆一世の氏名・居 住都道府県、手帳番号(親の死亡等で不明な 場合は親の生年月日又は死亡日などを記入) 等を記入し、申込期日までに府健康対策課、保 健所まで申込み。 ・受診申込書は、京都府ホームページから入手 するか、実施案内を府内被爆者、案内送付希 望の被爆二世に送付。 ・受診決定後、受診者は実施病院に直接事前 予約の上、当課から交付の受診決定通知書 を持参し、問診票を記入の上、受診する。 問い合わせ先: 京都府健康福祉部健康対策課 TEL 075-414-4736	なし	なし	検討中	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 月下旬	病院委託 22カ所 及び堺市各 保健センター	申請場所:最寄の保健所等 申請期間:毎年9月～10月 最寄の保健所または電子申請(大阪府ホーム ページ内)で申し込む。申し込みには、実父母 の被爆者健康手帳の番号が必要。 問い合わせ先: 大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 TEL 06-6944-9172	なし	なし	あり	広報誌 希望する被爆 二世 HP
兵庫	1	10～2 月	病院委託 約31カ所	①受診申込書の提出(県庁原爆相談室にて郵 便受付、9月中旬頃締切) ②受診票を交付 ③受診票を実施医療機関へ持参し、受診 問い合わせ先: 兵庫県健康福祉部感染症対策室疾病対策課 原子爆弾被爆者相談室 TEL 078-361-8604	なし	なし	あり	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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
奈良	1	12～2 月	病院委託 2カ所	<p>9月頃:対象者に案内送付 10月頃:申し込み締切 11月頃:日程案内 申請場所:居住地を管轄する保健所(ただし奈良市は県庁受。)</p> <p>問い合わせ先: 奈良県福祉医療部医療政策局健康推進課 難病・医療支援係 TEL 0742-27-8660</p>	なし	なし	あり	希望する被爆二世
和歌山	1	11月～ 2月	病院委託 12カ所	<p>申請場所:県庁健康推進課、各保健所 締め切り:令和3年10月15日(令和3年度の場合) 手続きの仕方:申込書を申請場所へ郵送、提出する。 必要な書類:被爆二世健康診断受診申込書</p> <p>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</p>	なし	なし	あり	広報誌 希望する被爆二世 HP
鳥取	1	10月1日 ～3月10 日	病院委託 4カ所	<p>鳥取県を東部地区、中部地区、西部地区に分け、東部地区・県福祉保健課、中部地区・西部地区は各地区保健所への申し込みが必要です。申込締切は12月28日ですが、年が明けての申込みでも健診費の支払いが年度内に間に合う場合はできる限り受診者の希望にお応えします。</p> <p>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健課 TEL 0857-26-7145</p>	なし	なし	なし	被爆者 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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
島根	1	8/2～12 /10 ただしこ の後で あっても 病院で の対応 可能で あれば 実施す る	病院委託 29カ所	お住まいの地区の保健所へ申込み後、受診が 決定した方には健康推進課より、決定通知書と 必要書類(問診票、一般検査用個人票)を送付 します。ご自身で医療機関にご連絡いただき、 受診当日は県から送付した一式を持参してい ただいております。 (保健所申し込み締め切り(期間):令和3年7 月20日(火)～令和3年10月29日(金)) 問い合わせ先: 島根県健康福祉部健康推進課疾病療養支援 G TEL 0852-22-5329	なし	なし	あり	希望する被爆 二世 HP ラジオ 新聞
岡山	1	11月下 旬～2 月上旬 頃	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 班に申請したのち医療機関に予約 申請期間:8月下旬～10月中旬頃 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	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	6月10 日～翌 年2月2 8日まで	病院委託 577カ所 及び一部 の市町の被爆 者健診会場	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	あり	HP 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 の開設する 医療機関	居住地を管轄する健康福祉センターまたは下 関市立下関保健所で申請書を記載し医療機関 に提出して受診。 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	広報誌 ラジオ HP 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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
徳島	1	10～ 11月	病院委託 7カ所	申請場所: 徳島県保健福祉部健康づくり課 申請期間: 8～9月 ハガキ又は封書にて、必要事項を記入して県庁担当課へ送付。 問い合わせ先: 保健福祉部健康づくり課 TEL 088-621-2222	なし	なし	検討中	希望する被爆二世
香川	1	12月	病院委託 3カ所	事前に県庁へ申込みが必要。 申請期間: 9月末～11月上旬 申込方法: 「被爆二世健康診断受診申込書」を県庁へ郵送、又は保健所へ持参。 申込期間: 11月上旬(案内送付は10月上旬) 問い合わせ先: 香川県健康福祉総務課 TEL 087-832-3260	なし	なし	あり	広報紙 希望する被爆二世
愛媛	1	11～1 月頃	病院委託 8カ所	10月末までに申込書(任意の様式可)に必要な事項を記入し、県庁又は所轄保健所に提出する。 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	あり	HP 希望する被爆二世 被爆者・遺族
高知	1	11～ 12月	病院委託 4カ所	県から対象者に申請用紙を送付し、希望者は県に申請書を提出。県が医療機関との日程調整を行い、申請者は県に健診日を通知する。 。国との契約締結後に広報するため、申請書の受付開始時期は未定。受付開始から約1ヶ月後を締め切り日としている。 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	検討中	広報誌又は新聞紙 希望する被爆二世 被爆者

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆二世 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
福岡	1	10～2 月末	病院委託 45カ所	初めて二世健診を受診される方については被爆者手帳所持者との血縁関係を示す戸籍抄本等の提出を依頼しています。 本県において×切はございませんが、10月から2月の間で実施しており、医療機関への受診予約が必要です。 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 TEL 092-643-3267	なし	なし	あり	広報誌 HP 希望する被爆二世
熊本	1	11～ 12月	病院委託 12カ所	事前に「被爆二世健診案内希望申出書」を提出いただいて二世の方及び被爆者に健診の案内を送付し、同封の「被爆二世健康診断申込書」を案内に記載の期限までに県庁(健康づくり推進課)に提出する。 問い合わせ先： 熊本県健康福祉部健康局健康づくり推進課 TEL 096-333-2210	なし	なし	あり	HP 希望する被爆二世 被爆者
佐賀	1	7月1日 ～2月 末日	病院委託 9カ所	申請場所:受診希望者が居住する地域を管轄する保健福祉事務所(県内5カ所) 申請期間:6/1～11/30 申請に必要な書類:親の被爆者健康手帳又はその写し(ない場合は親の住所、生年月日、手帳交付先又は手帳返納先都道府県等の情報) 申請方法:各保健福祉事務所において申請様式に受診希望者、親の手帳番号等を記載、あわせて上記必要な書類にて被爆二世である確認を行う。 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	あり	広報誌 HP

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆二世 記録簿	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月～ 翌2月 末頃	病院委託 265カ所 R3.11.10現在	・健診を受ける際は事前に申込みが必要となります。市町役場、保健所、県庁で申込み、受診票を交付(県庁のみ電子申請システム、郵便、ファックス、電話でも申込み可) ※受診申込書に来年度以降の受診票送付希望をされた方で当年度健診を受けられた方には、次年度県から郵送 ・必要書類なし ・申込期日: R4.2.10 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	あり	広報誌 ラジオ 新聞 HP 希望する被爆二世 被爆者
大分	1	11月1日 ～1月11 日	病院委託 118カ所	「被爆二世健康診断申込書」に必要事項を記入し、住所他所管する保健所(部)に提出することで申込みが出来ます。申込書は各保健所(部)のほか県ホームページからダウンロードすることも出来ます。電話での申込も可能です。 ※R3年度申込期間: R3.10.18～11.30 / 申込先: 県内(保健所(部))10ヶ所 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	あり	広報誌 HP 新聞
宮崎	1	9～3月	病院委託 11カ所カ所	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	あり	広報誌 新聞 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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
鹿児島	1	R3.8～1 2月末	病院委託 約175カ所	<p>県が送付する申込書に記入の上、締切日までに県庁健康増進課あて郵送又はFAXにて申し込む。※締切日：R3.7月23日（金）来年度以降早まる可能性有。</p> <p>受診する際、①通知文書、②問診票、健康診断個人票、③健康保険証を持参。※①、②は申込みのあった者に対し、前もって送付している。</p> <p>お問い合わせ先： 鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課疾病対策係 TEL 099-286-2714</p>	なし	なし	あり	希望する被爆二世 HP 新聞
沖縄	1	11～2 月	病院委託 7カ所	<p>・県へ「被爆者二世登録」の申請を行う。必要書類は①父母の被爆者健康手帳（写）②二世ということがわかるもの（戸籍等（写））③県在住がわかるもの（住民票等（写））。但し、被爆者と同居し、被爆者を通して申込する二世は不要。</p> <p>・各保健所の実質通知による締め切日（おおよそ2～3週間後）までに、各保健所あて「受診希望者調査票」を提出して申し込む。</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	あり	県HP 希望する被爆二世 被爆者
広島市	1	6月10 日～翌 2月	病院委託 332カ所 の医療機関 及び、被爆者 市内出張定 期健康診断 会場	<p>○申込方法 所定のがきか市ホームページから電子申請で申し込む。</p> <p>市から受診票が届いた後、受診希望の医療機関へ直接予約する。</p> <p>○申込期間 毎年6月1日から翌年1月末まで</p> <p>○実施期間 毎年6月10日から翌年2月末まで</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	あり	HP、ポスター、 広報誌、 テレビ、ラジ オ、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 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
長崎市	1	4月中旬頃～ 2月末	病院委託 201カ所	・窓口受付(申請書記入、代理申請可、添付書類なし)出先機関も対応 ・ハガキ等郵送、FAX、インターネットによる申し込みも可 なお、H29年度から、前年度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	あり	広報誌 HP 希望する被爆二世 ポスター(庁舎、地域センター、健診実施機関、二世団体) 二世団体 被爆者
摂津市	1	決まっていない	摂津市立保健センター	被爆二世として受ける際に特別な申請等はありません。 問い合わせ先: 摂津市保健福祉課 TEL 06-6383-1386	なし	あり ※5		広報していない
吹田市				問い合わせ先: 吹田市健康医療部健康まちづくり室 TEL 06-6384-1827	なし	あり ※6	あり	大阪府において実施している被爆二世健診(申込窓口は本市)について、本市広報誌「市報すいた」に掲載しています。 希望する被爆二世
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 ※7		
相模原市				問い合わせ先: 相模原市疾病対策 TEL 042-769-8324		あり ※8		
横浜市				問い合わせ先: 横浜市健康福祉局健康安全部保健事業課 TEL 045-671-2453	なし	あり ※9		

被爆二世健診について					ガン 検診	医療 助成	被爆二世 記録簿	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
堺市	1	堺市内 各区保 健センタ ー実施 分は毎 年11～1 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 7カ所 病院22カ所 うち、堺市内 の医療機関 は2カ所	所定の申込用紙(保健センター受診用・医療機 関受診用)を記入し、堺市内各区保健センター に提出。保健センターで受診希望の場合は9 月末まで、医療機関受診希望の場合は10月末 まで。 必要なもの:申込用紙、実父母の被爆者健康 手帳の番号(実父母の被爆者健康手帳番号が 不明な場合は申立書を記入) 申込用紙は前年度の健診受診者には大阪府 より個別に送付。そのほか、堺市内各区保健 センターでの受けとりや、大阪府/堺市ホーム ページからもダウンロード可能 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 療課指定難病係 TEL 072-228-7582	なし	なし	あり	広報誌 被爆者の会 に検診日の 情報提供 前年度の受 診者に対し、 大阪府より個 別に送付して いるが、それ 以外の方に についても希望 があれば送 付している。 HP

東京都の対策

※1. 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200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

※2. 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項に規定する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:指定の医療費助成申請書に診断書、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。

神奈川県対策

※3. 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/docs/r6w/cnt/f6866/p22034.html>)

申請の手続きの仕方、必要な書類

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

県に申請する。

※ 指定都市に居住地を有する方は、指定都市による医療費助成制度を利用します。

(参照：<http://www.pref.kanagawa.jp/docs/r6w/cnt/f6866/p22034.html>)

静岡県の対策

※4. 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

<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-420a/genbaku/index.html>

大阪府摂津市の対策 <https://www.city.settsu.osaka.jp/soshiki/hokenfukushibu/hokenfukushika/tiiki/691.html>

※5. 医療助成について

助成対象となる疾病：摂津市原子爆弾被爆者二世の医療費の助成に関する要綱 第4条に規定のとおり、「医療費の助成の対象となる疾病は、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条に定める障害を伴う疾病。」

申請の仕方：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

大阪府吹田市の対策 <https://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000021882.html>

※6. 医療助成について

対象者：本市の区域内に住所を有する方で、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。

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）。ただし、上記障害を伴う疾病が、先天異常、伝染病、寄生虫病又は薬物若しくは毒物の中毒など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

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号様式）、原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費等証明書（第2号様式）、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。

神奈川県川崎市の対策 <https://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000021882.html>

※7. 医療助成について

対象者：本市の区域内に住所を有する方で、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。

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）。ただし、上記障害を伴う疾病が、先天異常、伝染病、寄生虫病又は薬物若しくは毒物の中毒など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

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号様式）、原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費等証明書（第2号様式）、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。

神奈川県相模原市の対策

※8. 医療助成について

1. 対象者

相模原市に住所を有する原子爆弾被爆者の実子(神奈川県発行の「被爆者のこども健康診断受診証」所有者)であり、次の(1)に掲げるいずれかの障害を伴う疾病にかかっている方。

ただし、その疾病が次の(2)に掲げる事項に該当する場合は、対象となりません。

(1) 助成対象となる障害の種類及び対象疾病

- ア 造血機能障害(貧血症、白血球減少症、出血性素因、紫斑病、血小板減少症など)
- イ 肝臓機能障害(肝硬変、慢性肝炎(アルコール性を除く)など)
- ウ 細胞増殖機能障害(悪性新生物、骨髄性白血病など)
- エ 内分泌腺機能障害(糖尿病(尿崩症、青銅糖尿病及び腎性糖尿病を除く)、甲状腺機能異常、卵巣機能異常、睾丸機能異常など)
- オ 脳血管障害(くも膜下出血、脳出血、脳血栓症、脳塞栓症など)
- カ 循環器機能障害(高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患など)
- キ 腎臓機能障害(慢性腎炎、ネフローゼ症候群(妊娠または産褥中に起きたもの、流産に伴うもの及び細尿管性ネフローゼ(急性)を除く)など)
- ク 水晶体混濁による視機能障害(白内障(先天性、糖尿病性を除く)のみ)
- ケ 呼吸器機能障害(肺気腫、その他の慢性間質性肺炎(急性または詳細不明の間質肺炎を除く)など)
- コ 運動器機能障害(変形性関節症、変形性脊椎症、骨粗鬆症など)
- サ 潰瘍による消化器機能障害(胃潰瘍、十二指腸潰瘍、潰瘍性大腸炎など)

(2) 除外される疾病

- ア 感染性疾病及び感染性疾病に起因する疾病
- イ 寄生虫病及び寄生虫病に起因する疾病
- ウ 中毒または事故に起因する疾病
- エ 自己の故意または重大な過失に起因する疾病
- オ 前記ア、イ、ウ、エのほか、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

2. 助成対象

医療費は「償還払い」の方法で助成します。

- (1) 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
- (2) 入院時の食事療養費の標準負担額。
- (3) 診断書は1通につき 2,650 円、医療費証明書は1通につき 1050 円を限度として助成。

3. 助成対象期間

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月末です。申請(請求)期限を超過した場合は、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。

4. 申請(請求)方法

下記の窓口に次の書類を提出してください(郵送可)

- (1) 相模原市被爆者の子医療費助成申請書(請求書)(第1号様式)
- (2) 申請者の担当医師による診断書(第2号様式)

※過去に被爆者の子の医療費の助成を受けたことがある方が同一の医療機関において治療を継続し、かつ、過去に医療費の助成を受けた疾病と同様の疾病に係る医療費の助成を受けようとする場合は、省略することができる。

- (3) 被爆者の子 医療費証明書(第3号様式)
- (4) 神奈川県発行の「被爆者のこども健康診断受診証」の1ページ目の写し

※過去に被爆者の子の医療費の助成を受けたことがあるが、医療費の助成を受けようとする場合は省略することができます。

(5)「健康保険証」の写し

※過去に医療費の助成を受けた際に提出した健康保険証の写しと変更がない場合は、省略することができます。

(6)支払金口座振替依頼書及び預金通帳等の写し

※すでに相模原市に支払金の口座を登録している場合は、省略することができます。

【緑 区】緑保健センター(緑区合同庁舎4階)・緑保健センター-津久井担当(津久井保健センター1階)

【中央区】平成29年4月から中央保健センター(ウェルネスさがみはらA館4階)

【南 区】南保健センター(南保健福祉センター3階)

神奈川県横浜市の対策 <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/kenkozukuri/higai/hibakusya.html>

※9. 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 2,750 円、医療費証明書は1通につき 1,100 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ます。

対象期間:「被爆者の子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30年4月申請の場合、平成29年4月から平成30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。

令和3年4月1日からより様式が変更となっていますので、ご注意ください。

横浜市原子爆弾被爆者の子に対する医療費助成要綱

https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/kenkozukuri/higai/hibakusya.files/0114_20210615.pdf