

各自治体被爆二世対策

2024年1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				
1	北海道	2	前期(5月~6月)、後期(11月) 病院委託 114カ所	申請場所:各保健所 ・保健所で被爆者(一世)との関係を証明する書類(戸籍謄本等)を提出し確認 ・保健所で受診の意向を確認後、保健所が問診票等を医療機関に送付  問い合わせ先:北海道保健福祉部健康安全局 地域保健課難病対策係 TEL 011-204-5258	なし	なし	検討中	希望する被爆二世 HP
2	青森	1	12月頃 病院委託 22箇所	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10月頃に青森県庁あて提出してもらっている。  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
3	岩手	1	11月から12月 病院委託 20カ所	申請場所:岩手県庁医療政策室(申込) 受診を希望する場合は、電話申込、または、受診申込書をFAX、郵送で提出する。 氏名、住所、電話番号、生年月日、受診希望医療機関を確認する。 申込期間は例年10/1~10/31の1か月間としている。  問い合わせ先: 岩手県保健福祉部医療政策室 TEL 019-629-5417	なし	なし	なし	HP 希望する被爆二世
4	宮城	1	9~翌1月 病院委託 8カ所	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 申請期間:9月~12月26日(火) (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お申し込む。 (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。 (3)受診券が届いたら、医療機関に電話で予約。 (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。 (5)後日、宮城県から健康診断結果を郵送する。  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	なし	なし	検討中	広報誌 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					
5	秋田	1	9～11月	病院委託 8カ所  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)。 ※申請先:保健・疾病対策課 締め切り:7月末頃まで 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。 ③申込者から病院へ直接予約する。 ※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)。  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	なし	なし	なし	HP 希望する被爆二世
6	山形	1	11月～2月頃	病院委託 4カ所  被爆者本人及び二世の方へ、毎年9～10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返送いただく。受診希望者とは個別に受診調整を行う。  問い合わせ先: 山形県健康福祉部健康福祉総合企画課 TEL 023-630-2315	なし	なし	検討中	希望する被爆二世
7	福島	1	11月～3月	病院委託 10～12カ所  申請場所:各保健福祉事務所(中核市は各保健所) 保健福祉事務所(中核市は各保健所)において郵送又は窓口で受付。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
8	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二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・来所または申込書の郵送・FAXにより申し込む。受診歴のない申請者は、親の手帳情報及び戸籍等を求める。  問い合わせ先: 茨城県保健医療部健康推進課難病対策グループ TEL 029-301-3210	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 手帳	広報活動	
		回数	時期	場所	申請方法				
9	栃木	1	11～12月	病院委託 5カ所	健康診断受診申込書に氏名・住所等と希望医療機関、受診希望日を記載し、郵送またはFAXにて申し込む。申込みは県宛て、締切は概ね10月中・下旬まで。 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
10	群馬	1	11～2月頃	病院委託 10カ所 (R5予定)	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月中締切) ②県から受診決定通知が届いたら、各自で指定の病院へ受診予約の申込。  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	しない	希望する被爆二世HP
11	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郵送し、その書類を医療機関へ持参することを願っています。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指定難病担当 TEL 048-830-3583	なし	なし	あり	希望する二世HP
12	千葉	1	7月1日～2月29日	病院委託 39カ所	医療機関に申込み、健康診断依頼書、問診票、健康診断個人票を提出し受診する。  問い合わせ先： 千葉県健康福祉部健康福祉指導課援護班 TEL 043-223-2349	なし	なし	あり	希望する被爆二世 広報誌 県HP
13	東京	2	春期：5～6月 秋期：11～12月	病院・診療所委託 一般 216カ所 がん 205カ所	健康診断受診票を各医療機関へ提示 健康診断受診票は、申請書に住民票・戸籍抄本・父又は母の被爆者健康手帳の写しを添付して交付をうける。  問い合わせ先： 東京都保健医療局保健政策部疾病対策課被爆者援護担当 TEL 03-5320-4473	ある ※1	ある ※2	ある	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						
14	神奈川県 川崎市、 横浜市、 相模原 市につい ては別欄 で説明	1	5月～翌 年3月1 0日まで	保健所 病院 107カ所	申請は不要、予約は医療機関による 毎年4月下旬に「被爆者等健康診断のご案内」を送付し、手続方法等を案内している。 「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表示する。  問い合わせ先： 神奈川県福祉子どもみらい局福祉部生活支援課 TEL 045-210-1111(内線4906又は4907)	なし	ある ※3	ある	希望する被爆二世、被爆者健康手帳所持者への健康診断案内に制度の概要を記載HP
15	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、新潟県福祉保健部健康づくり支援課難病等対策係に申込みをする(申請期間8月～9月)。受診決定者には県から無料受診証を送付している。受診決定者は、健診を希望する病院に連絡して受診日を決定める。受診時は、無料受診証を医療機関の窓口に表示する。  問い合わせ先： 新潟県福祉保健部健康づくり支援課難病等対策係 TEL 025-280-5202	なし	なし	ある	希望する被爆二世 被爆者健康手帳持参者
16	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月上旬までに富山県庁に提出。 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
17	石川	1	8月頃	病院委託 1カ所	申請場所：石川県健康福祉部健康推進課(郵送・FAX・電子申請可) 健診申込書(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。 締切：ご案内から14～30日程  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	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 手帳	広報活動	
回数	時期	場所	申請方法						
18	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。 県ホームページにも掲載。8月末まで受診申 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	検討 中	HP 希望する被爆 二世
19	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。 締め切りは健診の一ヶ月位前。  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
20	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、中核市保健所 申請方法: 受診申込書を提出いただきます。 申請期間: 5～6月頃 本県において初めて受診される場合は、被爆 二世で確認を行っています。  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
21	岐阜	1	令和5年 11月1日 ～12月 20日	病院委託 4カ所	県から案内を送付し、健診を希望される方は、 同封の申込用紙に受診希望日を記載いた だき、県へ返送いただいています。令和5年度 は、8月21日から9月25日までを申込期間とし ています。 10月頃受診日を通知します。  問い合わせ先: 岐阜県健康福祉部保健医療課精 TEL 058-272-8275	なし	なし	発行	HP 希望する被爆 二世
22	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 57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 手帳	広報活動	
回数	時期	場所	申請方法						
23	愛知	1	1～2月頃	病院委託 13カ所	11月上旬に過去3年間の健診受診実績および「被爆二世申出書」にて希望された方に申込書を郵送。受診希望者は希望の医療機関、実施日、親の被爆者手帳の番号等を記入したうえで、11月30日（消印有効）までに健康対策課に返送。  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	なし	なし	あり	HP 希望する被爆二世
24	三重	1	11月下旬頃～ 翌年2月	病院委託 各申込に対応	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締め切りは例年10月頃。 問い合わせ先： 三重県医療保健部健康推進課 TEL 059-224-2334	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
25	滋賀	1	1～3月頃	病院委託 10カ所	毎年11月に保健所にて二世健診の受付を行っている。 健診を受けるには、被爆者二世健康診断受診申込書の提出が必要。  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	あり	広報誌 希望する被爆二世
26	京都	1	11月	病院委託 29カ所	申請場所：京都府健康対策課 予約先：医療機関へ直接 申込期間：9月中 申込方法：受診申込書に、必要事項を記入し、期日までに申込み。受診希望者には当課から受診決定通知書を送付し、受診者は希望医療機関に直接事前予約した上で受診決定通知書・問診票を持参して受診する。  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	あり	希望する被爆二世 HP
27	大阪 摂津市、 吹田市、 堺市につ いては別 欄で説明	1	毎年11 ～翌年3 月	病院委託 23カ所 病院、診療 所及び保健 所設置市所 在の保健セ ンター	例年9月～10月にかけて、最寄りの保健所・保健センターでの窓口申請又は大阪府行政オンラインシステムを利用した電子申請により申し込みを受付。申し込みの際、実父母どちらかの被爆者健康手帳番号が必要。  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

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						
28	兵庫	1	10月中 旬～2月 中旬まで	病院委託 31カ所	7月～8月末までに電話受付をしたかたへ、その年度の健康診断申込書を送付しています。  問い合わせ先： 兵庫県保健医療部感染症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 兵庫県被爆二世の会の広報誌
29	奈良	1	12～2 月 (毎年12 月頃から 開始)	病院委託 2カ所	①県の被爆者二世健康診断案内名簿への登録→必要書類：被爆二世健康診断受診案内名簿登録申込書(各保健所へ申込み) ②名簿に登録された方々全員に県より健康診断受診申込書を送付→必要書類：被爆二世健康診断受診申込書(奈良市在住→県庁、その他地区→各保健所へ申込み) 申込み×切：例年10月上旬に案内を送付し、10月中の申し込みとしている。  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	なし	なし	あり	希望する被爆二世
30	和歌山	1	11月～2 月	病院委託 12カ所	申請場所：県庁健康推進課、各保健所 締め切り：令和5年10月16日(令和5年度の場合) 手続きの仕方：「被爆二世健康診断受診申込書」を申請場所へ提出。郵送等する。  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	あり	広報誌 希望する被爆二世 HP
31	鳥取	1	10月1日 ～3月10 日	病院委託 4カ所	鳥取県東部地区は県庁福祉保健課に中部・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、健診費用の支払いが年度内に間に合う場合は、年が明けてからの申込みでも、できる限り受診者の希望にお応えします。  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	なし	なし	ある	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 手帳	広報活動
回数	時期	場所	申請方法						
32	島根	1	一般検診について12月中旬までの受診を案内している。ただし、医療機関の了解が得られた場合はこの限りではありません。	病院委託 27カ所	<p>申込手続→居住地の保健所へ電話、郵送又は来所によ申込み。(受付時期:R5.7.18～R5.10.31、申込書は保健所に備え付け)</p> <p>問い合わせ先: 島根県健康福祉部健康推進課療養支援係 TEL 0852-22-5329</p>	なし	なし	あり	希望する被爆二世 HP ラジオ 新聞
33	岡山	1	11月下旬～2月上旬頃	病院委託 13カ所	<p>申請場所:岡山県子ども・福祉部福祉企画課 援護班 申請期間:令和5年10月13日(金)必着 令和5年度「被爆二世健康診断申込書」の郵送及び電子申請による申込み</p> <p>お問い合わせ先: 岡山県子ども・福祉部福祉企画課 援護班 TEL 086-226-7320</p>	なし	なし	あり	テレビ HP 希望する被爆二世
34	広島 広島市については別欄で説明	1	6月10日～翌年2月28日まで	病院委託 565カ所及び一部の市町の被爆者集団健診会場	<p>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令和6年1月31日(消印有効)までに申込み。</p> <p>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</p>	なし	なし	あり	HP 広報誌 ポスターの掲示依頼(市町役場・実施医療機関) 県庁内の広報棚にリーフレットを配置している 希望する被爆二世
35	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 34カ所+郡市医師会員の開設する医療機関	<p>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。 締め切り:無し</p> <p>問い合わせ先: 山口県健康福祉部医務保険課 TEL083-933-2820</p>	なし	なし	あり	広報誌 ラジオ HP 希望する被爆二世
36	徳島	1	10～11月	病院委託 6カ所	<p>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 封書にて、必要事項を記入して県庁担当課へ送付。</p> <p>問い合わせ先: 保健福祉部健康づくり課 TEL 088-621-2983</p>	なし	なし	検討中	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						
37	香川	1	11～12月	病院委託 3カ所	健康診断受診申込書を県庁へ郵送、又は県庁・保健所へ持参 申込みの締切： 県立中央病院を受診希望者 10月23日(月) その他の病院を受診希望者 11月10日(金)	なし	なし	あり	広報紙 希望する被爆二世
38	愛媛	1	毎年11月～1月頃	病院委託 8カ所	県が指定する期限(例年10月末～11月上旬)までに、申込書(任意の様式可)に必要な事項を記入し、県庁または所轄の保健所に提出する。	なし	なし	あり	HP 希望する被爆二世
39	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。県が医療機関と日程調整を行い、県から申請者に健診日を通知する。 申込期間は例年8月上旬～9月中旬頃	なし	なし	あり	広報誌又は新聞のいずれか テレビ又はラジオのいずれか 希望する被爆二世 被爆者
40	福岡	1	10～2月まで	病院委託 48カ所	初めて二世健診を受診される方のみ、戸籍抄本の提出をお願いしております。	なし	なし	あり	広報誌 HP 希望する被爆二世
41	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。	なし	なし	あり	HP 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 手帳	広報活動	
回数	時期	場所	申請方法						
42	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 申請方法: 各保健福祉事務所において所定の様式に受診希望者氏名、親の手帳番号等を記載し、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福祉政策課 TEL 0952-25-7074	なし	なし	あり	広報誌 HP
43	長崎 長崎市については別欄で説明	1	4月～翌 2月末日頃	病院委託 281カ所 R5.10.12現在	・健診を受ける際は事前に申込みが必要になります。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: R6.2.9  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
44	大分	1	11月1日 ～1月12日	病院委託 109カ所	「被爆二世健康診断申込書」に必要事項を記入し、住所他を所管する保健所(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。電話での申込みも可能です。 ※R5年度申込期間: R5.10.16～11.30 / 申込先: 県内(保健所(部))10ヶ所  問い合わせ先: 各保健所(部)もしくは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 希望する被爆二世
45	宮崎	1	9～3月	病院委託 10カ所カ所	健康増進課へ申込。例年8月下旬を期限としている。  問い合わせ先: 宮崎県福祉保健部健康増進課 TEL 0985-26-7078	なし	なし	あり	広報誌 新聞 希望する被爆二世 HP
46	鹿児島	1	7～12月	病院委託 約167カ所	県が送付する一覧表に掲載の医療機関から1カ所を選定し、事前予約をして受診。 受診時、持参するもの…県の通知文書、健康保険証、問診票、健康診断個人票 事前に、申込書を県健康増進課あて提出する必要がある。締切日は毎年6/20頃。(※締切後も随時受付)  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	なし	なし	あり	希望する被爆二世 HP 新聞

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					
47	沖縄	1	11～2月	病院委託 7カ所	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 末まで	病院委託 R5年度 286カ所 の医療機関 及び、被爆 者市内出張 定期健康診 断会場	なし	なし	あり	HP、ポスター (公民館、医療 機関、各区役 所等に掲示)、 広報誌、デジタ ルサイネージ 希望する被爆 二世
	長崎市	1	4月中旬 頃～2月 末	病院委託 210カ所	なし	なし	あり	広報誌 HP 希望する被爆 二世 ポスター(地域 センター、健診 実施機関、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	なし	あり ※5		広報してい ない
	吹田市				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

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				問い合わせ先: 健康福祉局保健医療政策部健康増進担当 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推進課被爆担当 TEL 045-671-2451	なし	あり ※9		
堺市	1	堺市内 各区保 健セン ター実 施分 は毎 年11 ～12 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	申請場所: 市内各区保健センター 締切り: 保健センター受診は9月末。医療機関 受診は10月末。 必要書類: 申込用紙、実父母の被爆者手帳番 号(不明の時は申立書) 手続き: 申込用紙はHPよりダウンロード可(前 年受診者には府より案内送付)市内各保険セ ンターで受診可  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205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。健康診断受診票を各医療機関へ提示

##### ※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  
写しを東京都庁または区市町村窓口へ提出する。

#### 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居住地を所管する保健所又は保健福祉事務所に申請する。

※ 横浜市、川崎市又は相模原市内に居住地を有する方は、各市による医療費助成制度を利用する。必要書類は県及び各市で異なるため、詳細は以下のHPを参照願う。

・神奈川県 <http://www.pref.kanagawa.jp/docs/r6w/cnt/f6866/p22034.html>

・横浜市 <https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/kenkozukuri/higai/hibakusya.html>

・川崎市 <https://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000021882.html>

・相模原市 <https://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/kurashi/kenko/1007567/1007588.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 <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

### ※6. 医療助成について <https://www.city.suita.osaka.jp/kenko/1018600/1022325/1016721.html>

○対象者

原子爆弾被爆者の実子(被爆以前に生まれた者及び被爆当時胎児であった者を除く。)であって、吹田市内に住所を有する方のうち、市町村民税が非課税の世帯に属する方が対象です。

ただし、生活保護を受けている方は対象になりません。

○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。

## 神奈川県川崎市の対策

### ※7. 医療助成について <https://www.city.kawasaki.jp/350/page/0000021882.html>

## 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:医療費は償還払いの方法で支給します。申請の際には、必要書類をお住まいの区役所に提出。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) 神奈川県発行の「被爆者の子ども健康診断受診証」の写し など

## 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「被爆者の子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。

#### 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「被爆者の子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)

#### 5 その他

医療費の助成は医療費の審査のため、申請日から3ヶ月以上かかることがあります。

#### 神奈川県横浜市の対策

※9. 医療助成について<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryo/kenkozukuri/higai/hibakusya.html#koiryo>

対象者:被爆者健康手帳の交付を受けた方の実子で、横浜市内に在住し、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。

お住まいの区の福祉保健センターまたは健康福祉局健康推進課に申請書を提出してください(郵送も可、消印有効)。申請できるのは原則ご本人のみとしています。やむを得ず代理人が申請する場合は、申請書類と併せて委任状の提出が必要です。

※ご本人が亡くなった後に申請することはできません。

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書を依頼)
- 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  
→ 神奈川県発行の「被爆者のこども健康診断受診証」については こちら(外部サイト)
- 6 健康保険証等の写し
- 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。

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->