

各自治体の被爆二世対策

2020.12.7現在

	被爆二世健診について				ガン健診	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	例年 5月、 11月 ※今年度は新型コロナウイルスの影響で 9月、 11月	病院委託 116カ所	申請場所:保健所 ・受診を希望した場合、住所地を所管する保健所に申し込む(電話も可) 親の被爆者健康手帳の写し、親子関係が確認できる書類(戸籍 謄本又は戸籍抄本)、住民票を保健所に提出する。(初回のみ) 問い合わせ先:各道立保健所及び道内市立保健所 TELは北海道のHP等をご参照ください	なし	なし	なし	希望する被爆二世HP
青森	1	12月頃	病院委託 ※受託医療機関	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	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) 申請期間:R2年度は10月14日まで 健診を希望する旨、電話で申し込む。若しくは申請書を郵送又はFAXで提出する。 受診決定後、医療機関に受診日の予約を行う。 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

	被爆二世健診について				ガン 健診	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	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・感染症対策室難病対策班 申請期間:9月～12月</p> <p>①県に対し申込書を送付する(郵送又はFAX)</p> <p>②県から受診券が送付されたら、病院へ日時等の予約を行う。</p> <p>③健診後、結果が県から送付される。</p> <p>※宮城県で初めて二世健診を申し込む方は、住民票及び親の被爆者手帳の写し等を提出していただき、受診資格を確認します。</p> <p>問い合わせ先: 宮城県保健福祉部疾病・感染症対策室 難病対策班 TEL 022-211-2636</p>	なし	なし	なし	広報誌 希望する 被爆二世 HP
秋田	1	10～ 12月 令和2 年度 は9～ 11月	病院委託 9カ所	<p>申請場所:秋田県健康福祉部保健・疾病対策課 申請期間:8月～9月 ※令和2年度は7月～8月</p> <p>①「被爆二世健康診断受診申込書」を保健・疾病対策課あてに提出(Fax, 郵送)</p> <p>②申込者に対して希望医療機関での受診可能日をお知らせ。</p> <p>③申込者が直接病院に予約(事前に希望日が指定されている場合、保険・疾病課から予約)</p> <p>※初めて二世健診を受診する場合のみ、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(戸籍謄本など)</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 健診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
山形	1	12月 頃	病院委託 4カ所	申請場所:県庁担当課 申請期間:10月中 被爆者本人・二世の方へ10~11月頃案内 文書及び申込書を当課からお送りする。 受診希望の場合は申込書を同封の返信用 封筒にて当課までお送りいただく。当 方で取りまとめ希望者と個別に受診調整 を行う。 問い合わせ先: 山形県健康福祉部健康福祉企画課業務 ・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 ~2月	病院委託 10カ所 ※受診者 の希望す る病院と 契約	申請場所:県保健福祉事務所、中核市保 健所 申請期間:11月~1月 保健福祉事務所(中核市の場合保健 所)において電話または窓口で受付。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: 保健福祉事務所(中核市の場合保健 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 024-521-7825	なし	なし	なし	希望する 被爆二世
茨城	1	11月 ~2月	病院委託 10カ所	申請場所:各保健所 ・各保健所から手帳保持者・二世本人に 案内を送付し、希望者は電話・FAX/来所 のいずれかの方法で保健所へ申込みを 行う。 ・必要書類は特になし。ただし、受診歴の ない方は親の手帳情報を提出いただい ている。(手帳番号・住居地等) 問い合わせ先: 茨城県保健福祉部疾病対策課難病対策 グループ TEL 029-301-3220	なし	なし	なし	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				ガン健診	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ヵ所	申請場所: 栃木県健康福祉部健康増進課 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	なし	希望する被爆二世
群馬	1	12～2月頃	病院委託 3ヵ所	申請場所: 県保健予防課 ①保健予防課へ申込(希望の病院を記載) ②保健予防課から「受診病院決定通知」を申込者へ送付。 ③各自「受診決定通知」の病院へ事前電話予約。 ④当日受診 問い合わせ先: 群馬県健康福祉部保健予防課 TEL 027-226-2601	なし	なし	なし	希望する被爆二世
埼玉	2	4月1日～5月31日、10月1日～11月30日	病院委託 県医師会に加入している医療機関	事前申請不要 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しますので、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 TEL 048-830-3583	なし	なし	あり ※1	希望する二世 HP 原爆被害者協会による周知

	被爆二世健診について				ガン健診	医療助成	被爆二世手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
千葉	1	7月～2月末	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:7月1日～翌1月31日 封書又は葉書で二世本人の住所・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を記入し送付する。 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	希望する被爆二世広報誌 県HP
東京	2	春期:5～6月 秋期:11～12月	病院・診療所委託 一般 206カ所 がん 200カ所	医療機関によっては異なります。 東京都が交付する「健康診断受診票」を持参して各病院へ受診。 問い合わせ先:東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課被爆者援護担当 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月～翌年3月10日まで	保健所 病院 115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援護課援護グループ TEL 045-210-4907	なし	ある ※5	ある ※6	希望する被爆二世HP 保健所等の窓口配架しているチラシ
新潟	1	10～2月	病院委託 6カ所	申請場所:県健康対策課 申請期間:8月～9月 受診を希望する場合、県が定められた日までに県へ申し込む。県で受診を決定し、無料の受診証を受診者へ送付している。受診者が健診を希望する病院と連絡し、受診日を決定して、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対策課 TEL 025-280-5202	なし	なし	なし	希望する被爆二世

	被爆二世健診について				ガン健診	医療助成	被爆二世手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
富山	1	10月頃	病院委託 1カ所	申請場所:県庁 申請期間:9月下旬頃まで 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月末までに郵送で申込 被爆二世健診受診歴がある方→約1ヶ月前に案内郵送、希望者は受診申請書を提出。 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	HP 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 申請期間:案内で定められた期間 健診断申込書(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	なし	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 申請期間:8月上旬～下旬 HPにて申込書の様式を掲載しているので必要事項記入の上、地域福祉課まで提出 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	申請不要 県から被爆二世の方へ健康診断の実施を通知し、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	なし	希望する被爆二世

	被爆二世健診について				ガン健診	医療助成	被爆二世手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
長野	1	7～2月	病院委託 13カ所	申請場所: 県保健福祉事務所、長野市保健所 <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)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月頃で左記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	なし	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	申請場所: 保健所 申請期間: 8月～9月頃 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 058-272-1111(内線2544)	なし	なし	なし	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	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 ※7	なし	ある ※18	HP 希望する 被爆二世

	被爆二世健診について				ガン健診	医療助成	被爆二世手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
愛知	1	1～2月頃	病院委託 13カ所	申請場所:郵送にて健康対策課 申請期間:10/27～11/24(2020年) 1. 2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月上旬に登録者宛てに申込書を郵送。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、健康対策課に返送する。 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	なし	HP 希望する被爆二世
三重	1	12～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 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	なし	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	申請場所:保健所 申請期間:11月 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 077-528-3653	なし	なし	なし	広報誌 希望する被爆二世

	被爆二世健診について				ガン健診	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 30カ所	<p>申請場所:京都府健康対策課、保健所 [申請]、病院へ直接[予約]</p> <p>申込期間:9月中</p> <p>・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等、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。</p> <p>・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、案内希望の被爆二世に送付</p> <p>・受診決定後、受診者は実施病院に事前予約の上、当課が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 075-414-4736</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 下旬	病院委託 22カ所 及び堺市 各保健セ ンター	<p>申請場所:最寄の保健所等</p> <p>申請期間:毎年9月～10月</p> <p>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。実父母の被爆者健康手帳の番号が必要。</p> <p>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 TEL 06-6944-9172</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	病院委託 約31カ 所	<p>申請場所:県</p> <p>申請期間:7月～8月</p> <p>①受診申込書の提出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 被爆者

	被爆二世健診について				ガン健診	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	12～2月	病院委託 2カ所	申請場所:県庁又は保健所 申請場所:10月～11月 ①名簿登録申込書を県庁・保健所へ提出(初回のみ) ②名簿登録者あてに送付された受診申込書を県庁・保健所へ提出 ※居住地が奈良市の場合は県庁へ提出。それ以外の市町村は管轄の保健所へ提出。 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	なし	希望する被爆二世
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、保健所 申込用紙に必要事項を記入の上、県庁健康推進課又は県内保健所に提出 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HP
鳥取	1	10月1日～3月10日	病院委託 4カ所	申請場所:東部地区・県福祉保健課、中部地区・倉吉保健所、西部地区・米子保健所 申請期間:9月23日(水)～12月28日(月) 申請方法:上記申請所に電話等で申し込む。 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健課 TEL 0857-26-7145	なし	なし	なし	被爆者希望する被爆二世 HP
島根	1	8～2月頃	病院委託 28カ所	申請場所:保健所 申請期間:7～11月 保健所への申し込みを受けて発行する「受診通知書」を受診の際に提出する。 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 新聞

	被爆二世健診について				ガン健診	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	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 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	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	6月10日～翌年2月28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	申請場所:広島県庁 申請期間:6月1日～翌年1月31日まで 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	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、10～11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	申請場所:居住地を管轄する健康福祉センター 申請期間:通年 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 HP 希望する 被爆二世
徳島	1	10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感染症・疾病対策室 申請期間:8月 はがき若しくは封書にて、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感染症・疾病対策室 TEL 088-621-2228	なし	なし	なし	希望する 被爆二世

	被爆二世健診について				ガン健診	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(郵送可) 申請期間: 9月末～11月上旬 過去受診希望者等や希望連絡のあった方に配布する「被爆二世健康診断受診申込書」に受診希望の医療機関、日程等を記入し、県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 087-832-3260	なし	なし	なし	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	申請場所: 県庁又は保健所 申請期間: 10月末まで 申込書(任意の様式可)に必要事項を記入し、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	なし	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	申請場所: 高知県健康対策課 申請期間: 8月～9月頃 案内文書送付対象者及び広報誌等により問い合わせをいただいた方には「原爆被爆者二世健康診断申請書」を送付し、高知県健康対策課へ提出していただいている。 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 被爆者
福岡	1	10～2月末	病院委託 42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」及び「被爆した親の居住地(都道府県、既に亡くなっている場合は死亡時住んでいた都道府県)」を受診医療機関に伝える。 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等助成係 TEL 092-643-3267	なし	なし	なし	広報誌 HP 希望する 被爆二世 新聞 県内の被爆者健康手帳所持者に個別に案内を送付

	被爆二世健診について				ガン健診	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 申請期間:9月、10月 「被爆二世健診申込書」に申請者の住所や氏名、被爆者の氏名、受診を希望する医療機関、受診希望日等を記入していただく。 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 希望する被爆二世被爆者
佐賀	1	7月1日～2月28日	病院委託 9カ所	申請場所:県各保健福祉事務所 申請期間:6/1～11/30 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 希望する被爆二世原爆被害者団体協議会被爆者宛に文書の送付
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 256カ所 R2.11.6現在	申請場所:市町役場・保健所の原爆担当窓口・県のHP 申請期間:4月1日～2月中旬 予約場所:受診希望医療機関 予約期間:4月1日～2月下旬 ・市町役場、保健所の原爆担当窓口で受診申込書の記入→受診票交付 ・県HPから受診申込→県から受診票を送付 ・必要書類なし 受診申込書に次年度以降の受診票送付を希望された方へは県から郵送 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 ラジオ 新聞 HP 希望する被爆二世被爆者

	被爆二世健診について				ガン 健診	医療 助成	被爆 二世 手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
大分	1	R2.11 月2日 ～1月 12日	病院委託 119カ所	申請場所:住所地を管轄する保健所 申請期間:R2.10月19日～11月30日 二世健康診断受診申込書に必要事項を 記入の上、管轄の保健所へ提出する。 (申込書は各保健所もしくはHPからダウ ンロードしていただく) 問い合わせ先: 住所地を所轄する保健所(県HPに掲載) 大分県福祉保健部健康づくり支援課 管理・疾病対策班 TEL 097-506-2663	なし	なし	なし	広報誌 HP ラジオ 新聞
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 申請期間:8月 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 0985-26-7078	なし	なし	なし	広報誌 新聞 希望する 被爆二世 HP 原爆被爆 者の会
鹿児島	1	9～1 月	病院委託 約175カ 所	申請場所:受診する医療機関 ・対象者へ県から実施通知と申込書を送 付 ・受診希望者は県からの受診決定通知と 問診票、健康診断個人票を持参し、受診 する お問い合わせ先: 鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課 TEL 099-286-2714	なし	なし	なし	希望する 被爆二世 HP 新聞
沖縄	1	11～2 月	病院委託 7カ所	申請場所:各保健所 申請期間:9月 健診を希望する際は、受診希望調査票を 保健所へ提出する。その後、保健所から 日程決定通知が希望者へ送付され、その 日程により各委託医療機関において受 診となる。 問い合わせ先: 沖縄県保健医療部地域保健課 TEL 098-866-2215	なし	なし	なし	県HP 希望する 被爆二世

	被爆二世健診について				ガン健診	医療助成	被爆二世手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
広島市	1	6～翌2月	病院委託 328カ所の医療機関及び、被爆者市内出張定期健康診断会場	申請場所：広島市役所（一部の医療機関は、広島市役所へ申請後、医療機関へ予約） 申請期間：6月～翌1月 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広島市ホームページからの電子申請による申込み。 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する。 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、各区役所、公民館等に掲示を依頼） 市政記者クラブへの情報提供 HP リーフレット「被爆二世健康診断のお知らせ」 希望する被爆二世
長崎市	1	4月中旬頃～2月末	病院委託 204カ所	申請場所：市役所援護課 申請期間：4月～2月 ・窓口受付（申請書記入、代理申請可、添付書類なし）出先機関でも申込可 ・ハガキ等郵送による申込 ・Faxにより申込 ・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 希望する被爆二世 ポスター（庁舎（各地域センター含む）、医療機関、支援団体事務所に掲示） 被爆者二世団体
摂津市	1	決まっていない	摂津市立保健センター	摂津市ではH28年4月より独自で行っていた被爆二世健診は市民健診（ガン検診、特定健診など）として実施している。健診の時期は決まっていないが月に約2回日程を指定し実施している。 医療保険証 問い合わせ先：摂津市保健福祉課 TEL 06-6383-1386	なし	あり ※11	あり ※12	被爆者団体からの周知

	被爆二世健診について				ガン健診	医療助成	被爆二世手帳	広報活動
	回数	時期	場所	申請方法				
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 ※ 13	あり ※ 14	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。
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		
相模原市				問い合わせ先: 相模原市疾病対策 TEL 042-769-8324		あり ※ 19		
横浜市				問い合わせ先: 横浜市健康福祉局保健事業課 TEL 045-671-2453	なし	あり ※ 16	県と同じ	
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は11月初旬～2月初旬	堺市内各区保健センター8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:堺市内各区保健センター 申請期間:保健センター希望者:9月～9月末日まで 医療機関希望者:9月～10月末日まで ・所定の申込用紙を記入し、堺市内各区保健センターに提出 ・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が不明の場合は申立書を記入 ・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、各区保健センターでの受け取りもや大阪府/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 ※ 18	広報誌被爆者の会に検診日の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。 HP

埼玉県の対策

※ 1. 被爆者二世健康手帳

①交付申請書②実親の被爆者健康手帳の写し③二世の方の戸籍抄本もしくは戸籍謄本④二世の方の住民票をそろえ所轄の保健所に提出（県 HP 参照）

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 200 ヶ所

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。

※ 4. 健康診断受診票

所定の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/docs/r6w/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。

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

※ 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。
- ・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。

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

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

※ 18. 被爆二世健康記録帳について

平成 30 年度に健康診断を受診する被爆二世に送付。新規で被爆二世の方が健康診断を受診する場合、保健所にて配布する。

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。多発性骨髄腫の欄あり。

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：摂津市原子爆弾被爆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第 51 条に定める障害を伴う疾病。」なお、助成を受けるためには被爆者二世登録が必要。

申請方法：領収書兼診断書（市様式）を病院に記載してもらい、病院の領収書とともに必要事項を記入した申請書に添付し、提出

※ 12. 「原子爆弾被爆者二世登録証」

保険証・被爆者手帳・戸籍謄本を添付の上、原子爆弾被爆者二世登録申請書提出

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)。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 2,750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

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。

令和元年10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。

神奈川県相模原市の対策

※19. 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 Z(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

下記の窓口に必要な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）

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。