

被爆者二世健康診断

令和7年3月27日

(埼玉県医師会加入の医師が所属する医療機関の皆様へ)

被爆者二世健康診断についてのお願い

被爆者の健康診断につきましては、日頃御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和7年度第1回被爆者二世健康診断を下記のとおり実施していただきますようお願いいたします。

記

1 受診対象者	埼玉県発行の被爆者二世健康手帳所持者で、現在埼玉県に在住の方
2 実施期間	<u>令和7年4月1日（火）から令和7年9月30日（火）</u> ※次回、令和7年度第2回被爆者二世健康診断の実施は、 令和7年10月1日～令和8年1月31日を予定しています。
3 受診者が 持参する もの一覧	(1) 被爆者二世健康手帳 (2) 一般健康診断問診票（問診票）※複写用紙 (3) 被爆者二世健康診断についてのお願い（請求書用紙含む） (4) 健康診断個人票（一般検査用）※複写用紙 ※各種用紙が不足する場合、御本人から改めて御提出いただくか、 <u>後掲ホームページからダウンロード（複写用紙除く）</u> してください。
4 健診内容の 選択・ 健診結果の 記入方法等	※本健診は、「 <u>個人票</u> 」に記載されている検査の範囲内で実施してください。また、本健診は対象者に受診を強制するものではなく、必ずしもすべての項目を実施する必要はありません。 特に「 <u>肝臓機能検査</u> 」及び「 <u>ヘモグロビンA1c</u> 」は、 <u>医師が必要と認めた場合にのみ実施</u> してください。 ※「 <u>個人票</u> 」の太枠内は事前に受診者の方に記入していただくようお願いしています。 太枠内を含め、記入もれがないか確認した上で、健診結果を記入してください。 ※「 <u>個人票</u> 」の判定欄の「 <u>異常なし</u> 」「 <u>経過観察</u> 」「 <u>要精密検査</u> 」のいずれかに必ず○印を付けてください。 なお、「 <u>要精密検査</u> 」の場合や、該当するものがない場合（要治療、要再検査等）は、○印を付した上で、「 <u>受診者への伝達事項</u> 」欄を活用して内容を受診者にお知らせください。

裏面も必ずお読みください。

5 健診結果の 取扱い	「個人票」は複写3枚すべてを、「問診票」も複写2枚すべてを「検査料請求書」に添付してください。 医療機関控が必要な場合は、適宜コピーをお取りください。 <u>受診者への検査結果の通知については、埼玉県から複写用紙のうち（本人送付用）を送付して行います。</u>
6 検査料の 請求・支払い	本健診に要する検査料は、埼玉県から医療機関に後日お支払いします。<u>診療報酬点数（令和7年4月1日現在）に基づいて計算し、埼玉県に請求してください。</u>請求書の項目ごとに（血液採取、各種判断料、検体検査管理加算等については、<u>必要に応じて</u>）診療報酬点数を記入してください。 なお、文書料など診療報酬点数制度外の費用についてはお支払いできません。 <u>検査料は、9,320円を上限（複数人分の場合は9,320円×件数）としてお支払いします。</u> <u>検査料が上限額を超え、受診者の自己負担が生じる場合は、事前に受診者に十分説明し、必ず同意を受けてください。</u> 請求額は「<u>診療報酬点数の合計×1.1（消費税込）</u>」により算定してください。 本健診時に成績票に記載のない検査を実施した場合には、その分の検査料をお支払いできませんので、御注意ください。 ※御本人への結果の通知や精密検査の御案内を行う必要上、<u>健康診断終了後、順次、速やかに下記担当まで御提出ください。</u> ※医療法人の場合、「検査料請求書」は下記記入例を参照して作成してください。

【請求書記入例：医療機関が法人の場合】

開設者名 医療法人埼玉会 **理事長** 浦和一郎

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください。

医療法人では、代表者の肩書は「院長」ではなく「理事長」です。理事長名で請求してください。
理事長とは別の方（院長など）を請求者として記入する場合は、理事長からの本件手続きに関する委任状（任意様式）など権限を示す書類も必要です。

県ホームページの御案内（健診情報掲載中）

検索サイト等で「埼玉県 被爆者医療」で検索
『被爆者援護に携わる医療機関、介護事業者の方へ』のページをご覧ください。
又は右の二次元コードを読み取り⇒



（送付先）〒330-9301

さいたま市浦和区高砂3-15-1
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（直通）

(別紙様式 1 - 1)

被 爆 者 二 世 健 康 診 断 検 査 料 請 求 書 (春)
(令 和 7 年 度)

区分	件数	点数	金額
請求額	件	点	円
※決定額	件	点	円

注 請求額は「点数×11（消費税込額）」により算定してください。
なお、上限額（9,320 円）を超える場合、金額欄は上限額を記入してください。
*件数が複数の場合は、合算後の点数を基に請求してください。（例：「721 点×2 件×11」）
*検査料内訳（診療報酬点数を記入してください。）

検査項目		点数	検査項目	点数
白血球数・赤血球数 ・ヘモグロビン (Hb) ・ヘマトクリット (Ht)			初・再診料	
			採血料	
			判断料	
ヘモグロビン A 1 c				
肝機能	A S T		その他の	
	A L T			
	γ - G T P			
C R P				
尿検査				
			合 計	

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(宛先)

埼 玉 県 知 事

実施医療機関
所在地 〒

名 称

開設者名

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください

下記の口座に振り込んでください。※上記開設者名と同一名義の口座を御指定ください。

金 融 機 関 名		支 店 名	支店
口 座 番 号	普通 ・ 当座 No. _____		
フ リ ガ ナ			
口 座 名 義			

◎ 「健康診断個人票（複写用紙 3 枚）」及び「問診票（複写用紙 2 枚）」を添付してください。
◎ 請求内容に係る埼玉県からの照会先を記入してください。
 担当者所属・氏名（ ） 連絡先電話番号（ ）
※ 請求書等は令和 7 年 1 0 月 1 0 日（金）までの御提出をお願いします。