

被爆者二世健康診断

令和8年9月28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8年度第2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8年10月1日(木)～令和9年1月31日(日)</u> ※<u>下記6のとおり請求書提出〆切がありますので御注意ください。</u> ※なお、春の定期健康診断は、令和9年4月1日から実施予定です。
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) <u>※複写用紙</u> (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) <u>※複写用紙</u> ※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ありません。 ※多発性骨髄腫検査については、<u>受診者の希望により「血清蛋白分画検査」のみ実施してください。「免疫電気泳動法」による検査はお支払いの対象となりません。</u>結果の記入の際も血清蛋白分画検査から得られる結果のみ記入してください。 ※「<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>」のいずれかに必ず〇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、〇印を付した上で、「<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	「<u>個人票</u>」は複写3枚すべてを、「<u>問診票</u>」も複写2枚すべてを「<u>検査料請求書</u>」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。別紙様式1に個人票と問診票を添えて埼玉県に請求してください。 ※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> <u>(最終) 令和9年2月19日(金)まで必着</u> ※なお、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。 ※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)

検索サイトや埼玉県庁ホームページで「埼玉県 被爆者医療」で検索し、『被爆者援護に携わる医療機関、介護事業者の方へ』のページを御覧ください。

又は右の二次元コードを読み取り⇒



(請求書等送付先) 〒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 - 2)

被 爆 者 二 世 健 康 診 断 検 査 料 請 求 書 (秋)

(年 度 秋)

基準額	医療機関記載欄 基準額 人数 請求額	決定額 本庁処理欄 (記載し ないでください)
①一般検査	9,320円 × 人 = 円	円
②多発性骨髄腫検査	1,628円 × 人 = 円	円
③ ①+②の合計額	円	円
実支出額	注 実支出額は一般検査及び骨髄腫検査を 合算した額により算定してください。 件数が複数の場合は、合算後の点数 例「900点 × 2人 × 11」	決定額 本庁処理欄 (記載し ないでください)
④ (一般検査のみ) 診療報酬点数表によって算出した額に 100分の110を乗じて得た額	円	円
⑤ (多発性骨髄腫検査のみ) 診療報酬点数表によって算出した額に 100分の110を乗じて得た額	円	円
⑥ ④+⑤の合計額	円	円



請求金額 (③または⑥のいずれか低い額)	円	円
----------------------	---	---

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 9 年 2 月 1 9 日 (金) までの提出をお願いいたします。