

被爆者がん検診

令和 8 年 9 月 2 8 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 が ん 検 診 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 年度被爆者がん検診**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	被爆者健康手帳所持者 第一種健康診断受診者証所持者
2 実施期間	<u>令和 8 年 1 0 月 1 日（木）～令和 9 年 1 月 3 1 日（日）</u> <u>※下記 7 のとおり請求書提出〆切がありますので、実施日程に御注意ください。</u>
3 受診者が持参するもの一覧	(1) 被爆者健康手帳 又は 第一種健康診断受診者証 (2) 被爆者がん検診についてのお願い（請求書含む） (3) 被爆者がん検診成績票 <u>※複写用紙</u> <u>※各種用紙が不足する場合、御本人に改めて御持参いただくか、後掲ホームページからダウンロード（複写用紙除く）してください。</u>
4 検査方法の選択	胃がん検診については、胃内視鏡検査と胃部エックス線検査との選択制となります。 乳がん検診については、原則として乳房エックス線検査（マンモグラフィ）を含めて実施するものとしますが、やむを得ずこれを実施しない場合には、3, 2 0 1 円を支払います。
5 検診結果の記入方法	実施した検診については、成績票の検査年月日～担当医氏名まで、もれなく記入してください。 特に、検査所見欄や判定欄の記載もれがある場合、検査料の算定、お支払いができませんことがありますので御注意ください。 なお、 <u>判定欄は必ずいずれかに○印を付けてください。</u> (自由記入は医師の意見欄へお願いします。)

裏面も必ずお読みください。

6 検診結果の 取扱い	「成績票」は、4枚複写のうち1枚目を医療機関の控えとし、残り3枚を「検査料請求書」に添付してください。 <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>
7 検査料の 請求・支払い	がん検診の検査料は、埼玉県から後日医療機関へお支払いします。別紙様式1「原子爆弾被爆者がん検診検査料請求書」の単価に基づいて埼玉県に請求してください。 <u>なお、「成績票」記載の範囲内で実施したものについては、受診者本人の自己負担はありません。</u> ※御本人への結果通知や精密検査の御案内を行う必要上、請求書及び成績票は、<u>検診終了後、順次、速やかに御提出ください。</u> <u>検診実施が2か月以上に及ぶ場合は1か月ごとに提出してください。複写用紙が不足する場合は御連絡ください。</u> <u>（最終）令和9年2月19日（金）まで必着</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）

原子爆弾被爆者がん検診検査料請求書
(令和8年度)

検 診 項 目		単価	件数	請求額	※ 決 定 額
胃 がん	直 接	12,273×	件＝	円	円
	間 接	7,888×	件＝	円	円
	内 視 鏡	16,170×	件＝	円	円
肺 がん	X 線	5,083×	件＝	円	円
	X線＋喀痰細胞診	8,603×	件＝	円	円
乳 がん	一 般	3,201×	件＝	円	円
	一 般 ＋ X 線	9,702×	件＝	円	円
子 宮 が ん	頸部細胞診	6,721×	件＝	円	円
	頸部・体部細胞診	12,441×	件＝	円	円
	頸部細胞診＋コルポ	9,031×	件＝	円	円
	頸部・体部細胞診＋コルポ	14,751×	件＝	円	円
大 腸 が ん		4,389×	件＝	円	円
多 発 性 骨 髄 腫		1,628×	件＝	円	円
合 計			件	円	円

※印の欄は記入しないでください。

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			

- ◎ がん検診成績票（複写用紙3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19日（金）までの御提出をお願いします。