

被爆者がん検診

令和 6 年 9 月 2 6 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 6 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 6 年 1 0 月 1 日 (火) ~ 令和 7 年 1 月 3 1 日 (金)</u> <u>※下記 7 のとおり請求書提出が切がありますので、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, 1 6 8 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	<p>「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></p>
7 検査料の 請求・支払い	<p>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></p> <p>※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7年2月21日（金）まで必着</u></p> <p>※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。</p>

【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6年度)

検 診 項 目		単価	件数	請求額	※ 決 定 額
胃 が ん	直 接	12,240×	件 =	円	円
	間 接	7,855×	件 =	円	円
	内 視 鏡	16,104×	件 =	円	円
肺 が ん	X 線	5,050×	件 =	円	円
	X線 + 喀痰細胞診	8,570×	件 =	円	円
乳 が ん	一 般	3,168×	件 =	円	円
	一般 + X線	9,669×	件 =	円	円
子 宮 が ん	頸部細胞診	6,688×	件 =	円	円
	頸部・体部細胞診	12,408×	件 =	円	円
	頸部細胞診 + コルポ	8,998×	件 =	円	円
	頸部・体部細胞診 + コルポ	14,718×	件 =	円	円
大 腸 が ん		4,356×	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7年2月21日（金）までの御提出をお願いします。