

被爆者一般健康診断

疾 第 1 1 2 5 - 1 号
令 和 7 年 9 月 2 6 日

被爆者健康手帳所持者 }
健康診断受診者証所持者 } 様

埼玉県保健医療部長（公印省略）

令和7年度第2回被爆者健康診断の実施について（通知）

下記のとおり被爆者健康診断を実施しますので、御希望の方は、本通知を十分御確認いただき、埼玉県内の医療機関（埼玉県医師会に加入している医師が所属する医療機関）で受診してください。

なお、検査の結果は、後日埼玉県から通知します。

記

1 対象者	被爆者健康手帳所持者・健康診断受診者証所持者 ※ <u>本健診は、強制ではありません。（任意）</u> かかりつけ医等のもとで治療等を受けている場合や他の健診の対象者となっている場合など、検査が重複することも想定されますので、現在の健康状況を考慮の上、受診なさるか御検討ください。
2 実施期間	<u>令和7年10月1日（水）～令和8年1月31日（土）</u> ※実施期間の終期に御注意ください。 ※ <u>受診される方は余裕を持って医療機関に予約の上、受診してください。</u> ※次回、令和8年度第1回被爆者健康診断の実施は、令和8年4月1日～令和8年9月30日を予定しています。
3 実施医療機関	<u>埼玉県内の医療機関</u> <u>（埼玉県医師会に加入している医師が所属する医療機関であればどの医療機関でも受診できます。）</u>
4 持参するもの	(1) 被爆者健康手帳又は健康診断受診者証 (2) 一般健康診断問診票（問診票） (3) 被爆者一般健康診断についてのお願い（請求書含む） (4) 被爆者一般健康診断成績票（成績票）※複写用紙 ※念のため、本案内を含めて一式を御持参ください。

裏面も必ずお読みください。
（裏面）

留意事項

- 多くの医療機関が予約を必要としていますので、あらかじめ受診を希望する医療機関に直接お問い合わせください。
医療機関が混み合うこともありますので、お早めの予約をおすすめします。
また、お問い合わせの際に、医療機関に埼玉県医師会への加入について確認してください。(県庁疾病対策課では、医師会加入の有無についてのお問い合わせにはお答えできかねます。)
- **【重要】**健康診断の受診は令和7年10月1日(水)～令和8年1月31日(土)までとなります。9月中はまだ受診することはできませんので、御注意ください。
- 受診当日は、受診時の体調に留意しつつ、医療機関の指示に従って受診していただくようお願いいたします。
- 「成績票」に、下記の記入例を参照の上、事前に必要事項を記入して医療機関の窓口へ提出してください。
「問診票」も事前に記入して医療機関の窓口へ提出してください。
- この健康診断は、御加入されている健康保険等により実施される健康診断等と、検査項目が異なる場合があります。
他の健康診断の内容はそれぞれの実施者に御確認ください。

＜成績票記入例＞ 受診前に必ず記入してください。

被爆者一般健康診断成績票

手帳番号	0012345	氏名	埼玉 太郎
住所	〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1		
生年月日	明治・大正・昭和 5年4月3日生 (男・女)		
検査年月日	年 月 日	点数	〈判定〉 いずれかの項目に…

太枠の部分を
ボールペンで
強く記入してください。

その他

- 健康診断受診のため電車・バスの公共交通機関(タクシー不可)を400円以上利用した方には、交通手当が支給されますので(上限990円)、別紙様式3「交通手当申請書」に記入・押印の上、各保健所または下記担当まで申請してください。
必ず振込口座のわかる通帳又はキャッシュカードのコピーを添付してください。
なお、経路や金額により、支給できないこともありますので御了承ください。

担当：埼玉県保健医療部疾病対策課 指定難病対策担当

〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1

TEL 048-830-3583 (直通)

※本案内全体をよくお読みいただき、御不明な点はお問い合わせください。

交通手当申請書

令和 年 月 日

(宛先)
埼玉県知事
下記のとおり、被爆者健康診断を受診したので、交通手当を申請します。

フリガナ		記						
氏 名		手帳番号 (7ケタ)						
住 所	〒 ー (電話番号) ー ー							
健診の種類	一般 (令和7年度 秋)							
受診年月日	令和 年 月 日							
医療機関名 及び所在地								

自宅から医療機関までの経路及び運賃 (最も経済的な通常の経路及び方法による最下級運賃)
※公共交通機関を利用した場合のみ対象 (タクシーは対象外)

公共交通機関の種類	乗車区間 (乗降車駅名、バス停名を正しく 記入してください)	片道運賃	往復運賃	スイカ等ICカードを利用した場合は○
J R ・ 私 鉄 (線) ・ バス (バス)				
	～			IC利用
	～			IC利用
	～			IC利用
	～			IC利用
合 計				
※ 決 定 額		円 ※の欄は記入しないでください。		

上限額：990円
※合計額が上限額を超える場合は、
990円をお支払いします。
※合計額が400円以上となった場合
のみ申請できます。

下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協	支店	口座番号	普通 No. _____
フリガナ				
口 座 名 義	*本人名義の口座に限ります			

【必要書類】上記口座の通帳又はキャッシュカードの口座名義・番号等がわかる部分のコピー