

被爆者がん検診

疾第1125-2号
令和7年9月26日

被爆者健康手帳所持者
健康診断受診者証所持者
(第一種)

様

埼玉県保健医療部長（公印省略）

令和7年度被爆者がん検診の実施について（通知）

下記のとおり被爆者がん検診を実施しますので、御希望の方は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 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>※本検診は、強制するものではありません。（任意）</u> ※例年、実施期間の終わりごろに受診を希望する方が、体調不良等により、受診できない事例が発生しています。 <u>受診希望の方はお早目に医療機関に御予約ください。</u>
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> ※医療機関によっては、全項目検査できない、また、全項目を一日で検査できないことがありますので、事前に医療機関に確認してから受診してください。 <u>※成績票は1医療機関1枚となりますので、2か所以上の医療機関で受診される場合は、成績票の必要数を裏面の担当まで御連絡ください。追加配付します。</u>
4 持参するもの	(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（請求書含む） (3) 被爆者がん検診成績票（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。

◎ がん検診の項目

- (1) 胃がん検診（問診・胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査）
- (2) 肺がん検診
（問診・胸部エックス線検査・医師が必要と認めた場合は喀痰細胞診^{かくたん}）
- (3) 乳がん検診（問診・視診・触診・※乳房エックス線検査）
（※やむを得ない場合は省略可）
- (4) 子宮がん検診
（問診・視診・内診・頸部細胞診・医師が必要と認めた場合はコルポスコープ検査・体部細胞診）
- (5) 大腸がん検診（問診・便潜血検査）
- (6) 多発性骨髄腫検診（問診・血清蛋白分画検査）

◎ 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、あらかじめ医療機関にお問い合わせください。
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】実施期間は令和7年10月1日（水）～令和8年1月31日（土）までです。**なお、9月中は受診できませんので御注意ください。
- ・ 実際受診する際は、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。
- ・ 受診時、被爆者ががん検診成績票（複写用紙）には、事前に氏名、性別、生年月日、居住地、被爆者健康手帳記載の受給者番号（7ケタ）を記入した上で、医療機関の窓口に提出してください。

◎ その他

本検診受診のために電車・バスの公共交通機関（タクシー不可）を利用した方には、交通手当が支給されますので（400円～上限990円）、別紙1「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、御不明な点があれば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、被爆者がん検診を受診したので、交通手当を申請します。

記

フリガナ		手帳番号 (7ケタ)							
氏 名									
住 所	〒 ー (電話番号) ー ー								
健診の種類	がん(令和7年度)								
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)

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