

## 被爆者の子に対する医療費助成制度について

この制度は、被爆者の子で、健康診断受診票の交付を受けている人が、下記の障害を伴う病気にかかり、今後6か月以上の医療（経過観察期間含む）が必要と見込まれるとき、医療費の助成を受けられる制度です。

- ※ 医療券が使える医療機関は、東京都が契約している医療機関に限ります。
- ※ 医療費の助成範囲は、各種医療保険が適用される医療費の自己負担額（入院時食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）です。

### 【助成の対象となる障害】

障 害 名	(病気の例示)
1 造血機能障害	(再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血等)
2 肝臓機能障害	(肝硬変・慢性肝炎(アルコール性を除く)等)
3 細胞増殖機能障害	(悪性新生物等)
4 内分泌腺機能障害	(糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症等)
5 脳血管障害	(脳出血、くも膜下出血、脳梗塞等)
6 循環器機能障害	(高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患等)
7 腎臓機能障害	(慢性腎炎、ネフローゼ症候群、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎等)
8 水晶体混濁による視機能障害	(白内障のみ)
9 呼吸器障害	(肺気腫、慢性間質性肺炎、肺繊維症等)
10 運動器機能障害	(変形性関節症、変形性脊椎症等)
11 潰瘍による消化器機能障害	(胃潰瘍、十二指腸潰瘍等)

- ※ 感染症、寄生虫病、中毒又は事故による病気等、原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかな場合は、助成対象になりません。

### 《申請方法》

次の書類をそろえて、お住まいの区市町村の被爆者関係事務窓口※に提出していただくか、東京都疾病対策課まで郵送してください。 ※受付時間、閉庁日等は各窓口へお問合せ下さい。

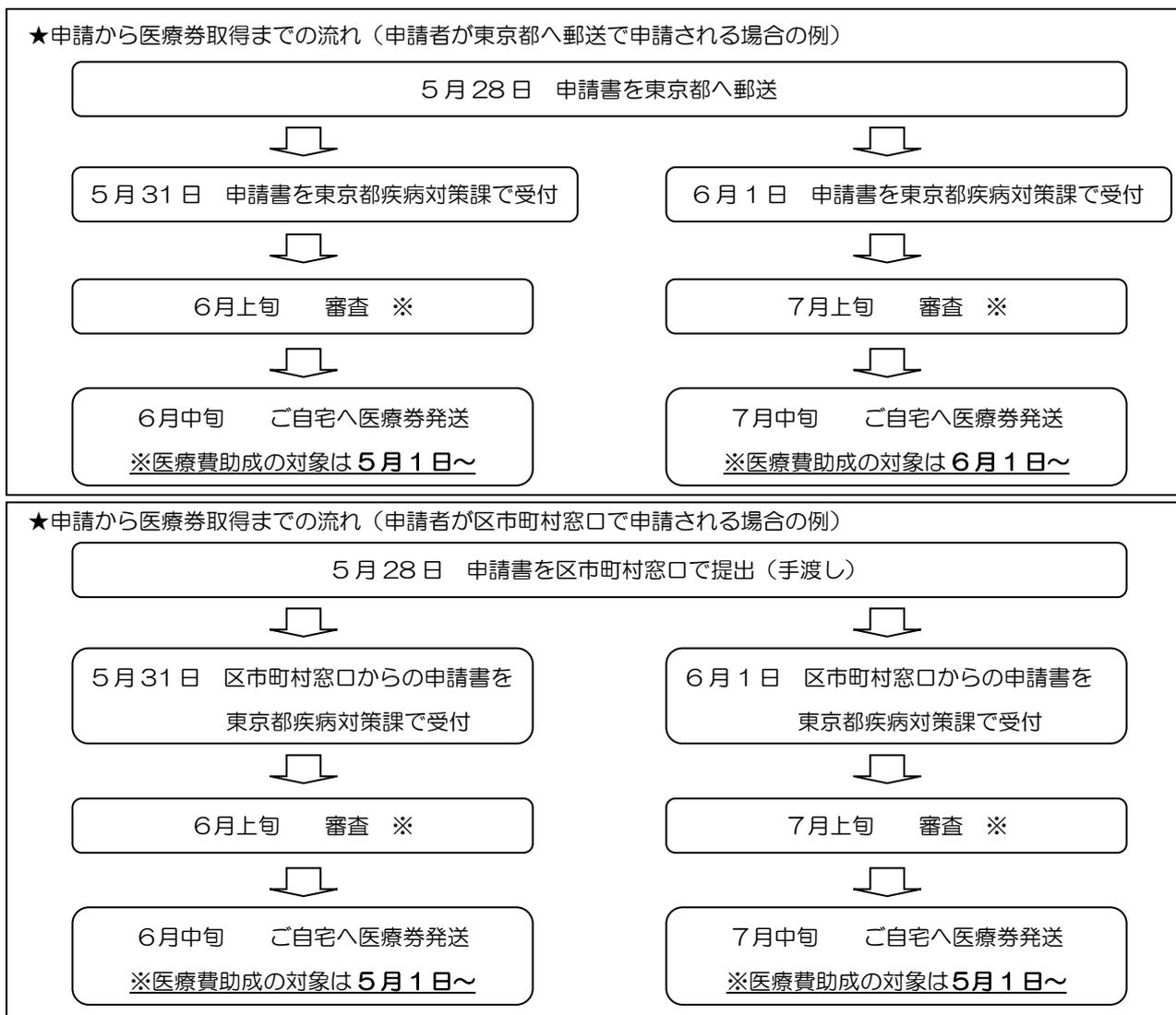
- ① 医療費助成認定申請書
- ② 診断書（医療費助成用） ※診断書の作成費用は助成の対象となりません。
- ③ 健康診断受診票の写し（表紙のみで結構です。）  
※すでに医療券をお持ちの方が疾病の追加申請をする場合は、医療券の写し(表紙のみ)
- ④ 医療保険の資格情報が確認できる書類 ※次のうちいずれか1点
  - (1) 有効期限内の健康保険証の写し（最長令和7年12月2日まで）
  - (2) 「資格確認書」の写し
  - (3) 「資格情報のお知らせ」の写し
  - (4) マイナポータルから被保険者資格情報を印刷したもの

裏面あり

《その他》

医療券の有効期間は、申請書類を区市町村の窓口または東京都疾病対策課で受け付けた月の初日からとなります。月末に申請書をご提出いただく場合には、以下の例や郵便事情を確認のうえ、ご申請ください。

東京都疾病対策課は土曜日・日曜日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）は閉庁日です。月末日が閉庁日の場合は、その直前の開庁日を月末日とみなします。



※運動器機能障害の審査日は不定期となります。

医療費助成の対象者と認定された場合は、東京都から医療券を送付します。

有効期間の開始日から、医療券が届くまでの間に支払った助成対象となる医療費については、医療券の郵送時に同封される「**郵**医療費支給申請書兼口座振替依頼書」に医療機関等の療養証明を受け、直接、東京都に請求してください。※証明を受けるときにかかる費用は、助成の対象となりません。

医療券の有効期間は2年間です。有効期間の満了が近づいた時点で、更新の書類を送りますので、更新の手続きをとってください。

問い合わせ先

〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1

東京都 保健医療局 保健政策部 疾病対策課 被爆者援護担当

電話 03-5320-4473（ダイヤルイン）

東京都知事 殿

医療費助成認定申請書

下記のとおり、医療費の助成の認定を申請します。

記

申請種別	1 新規申請	2 更新申請	3 疾病追加申請
健康診断受診票交付状況	1 未交付 (同時申請)	2 交付済み	健康診断受診票番号 ( )
(ふりがな) 氏名			年 月 日生
住所	〒 日中連絡がとれる電話番号( ) ー		
医療保険の 記号番号		保険者名	
保険の種類	協会・組合・共済・船員・国保・後期高齢	本人・家族の別	本人・家族

厚生労働省令で定める障害の種類及び障害を伴う疾病名	
障害の種類(番号を記載してください。)	左記の障害を伴う疾病名(診断書の疾病名を記載してください。)
1 造血機能障害	
2 肝臓機能障害	
3 細胞増殖機能障害	
4 内分泌腺機能障害	
5 脳血管障害	
6 循環器機能障害	
7 腎臓機能障害	
8 水晶体混濁による視機能障害	
9 呼吸器機能障害	
10 運動器機能障害	
11 潰瘍による消化器機能障害	

代筆者 住所 ( ) 申請者との続柄 ( )

氏名 \_\_\_\_\_

代筆が必要な理由 ( )

(※代筆は、申請者が心身の状況により記入できない場合のみ可能です。)

[この医療費助成制度の対象者について]

健康診断受診票の交付を受けている被爆者の子であって、上記の「障害の種類」欄に掲げるいずれかの障害を伴う疾病にかかり、6箇月以上の医療を必要とする方を対象とします。ただし、次に掲げる疾病は、対象となりません。

[除外される疾病]

- 1 感染性疾病及び感染性疾病に起因する疾病
- 2 寄生虫病及び寄生虫病に起因する疾病
- 3 中毒又は事故に起因する疾病
- 4 上記1から3までのほか原子爆弾の放射能の影響でないことが明らかな疾病

[備考]

この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 診断書(第17号様式) (更新申請の場合は、第17号様式の2)
- (2) 健康診断受診票の写し(新規申請の場合のみ)
- (3) 医療保険の資格情報を記載した書類
- (4) 医療券(第18号様式)の写し(疾病追加申請の場合のみ)

東京都知事 殿

医療費助成認定申請書

下記のとおり、医療費の助成の認定を申請します。

医療券を既にお持ちの方で、新たな疾病を申請される場合は3に○をつけてください。

記

申請種別	1 新規申請	2 更新申請	3 疾病追加申請
健康診断受診票交付状況	1 未交付 (同時申請)	2 交付済み	健康診断受診票番号 ( )
(ふりがな) 氏名			年 月 日生
住所	〒 <input type="text"/> 後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方は被保険者番号をご記入ください。 <input type="text"/> 国民健康保険にご加入の場合は区市町村名をご記入ください。 <input type="text"/>		
医療保険の記号番号	<input type="text"/>	保険者名	<input type="text"/>
保険の種類	協会・組合・共済・船員・国保・後期高齢	本人・家族の別	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 家族

厚生労働省令で定める障害の種類及び障害を伴う疾病名		国民健康保険、後期高齢者医療保険ご加入の方は本人に○をつけてください。
障害の種類(番号を記載してください。)	左記の障害を伴う疾	
1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害 5 脳血管障害 6 循環器機能障害 7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害		診断書の疾病名に合わせてご記入ください。

代筆者 住所 ( ) 申請者との続柄 ( )

氏名 \_\_\_\_\_

代筆が必要な理由 ( )

(※代筆は、申請者が心身の状況により記入できない場合のみ可能です。)

[この医療費助成制度の対象者について]

健康診断受診票の交付を受けている被爆者の子であって、上記の「障害の種類」欄に掲げるいずれかの障害を伴う疾病にかかり、6箇月以上の医療を必要とする方を対象とします。ただし、次に掲げる疾病は、対象となりません。

[除外される疾病]

- 1 感染性疾病及び感染性疾病に起因する疾病
- 2 寄生虫病及び寄生虫病に起因する疾病
- 3 中毒又は事故に起因する疾病
- 4 上記1から3までのほか原子爆弾の放射能の影響でないことが明らかな疾病

[備考]

この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 診断書(第17号様式) (更新申請の場合は、第17号様式の2)
- (2) 健康診断受診票の写し(新規申請の場合のみ)
- (3) 医療保険の資格情報を記載した書類
- (4) 医療券(第18号様式)の写し(疾病追加申請の場合のみ)

診断書(医療費助成用(新規))				
ふりがな 氏名	年 月 日生	住所		
厚生労働省令で定める障害の種類及び障害を伴う疾病名				
障害の種類 (番号を記載してください。)		左記の障害を伴う疾病名 (診断名を記載してください。)		
1 造血機能障害	7 腎臓機能障害			
2 肝臓機能障害	8 水晶体混濁による			
3 細胞増殖機能障害	視機能障害			
4 内分泌腺機能障害	9 呼吸機能障害			
5 脳血管障害	10 運動器機能障害			
6 循環器機能障害	11 潰瘍による消化器 機能障害			
今後医療を必要とする期間(経過観察期間を含みます。)に○を付けてください。			6か月以上 ・ 6か月未満	
検査所見 (患者名・検査日が明示された検査結果報告書を添付する場合は コピーでも可)	理学所見(血圧を含む。)		(検査日: 年 月 日)	
	血液一般・生化学・内分泌等検査		(検査日: 年 月 日)	
	画像等検査		(検査日: 年 月 日)	
	病理組織診断 (部位: )		(検査日: 年 月 日)	
	尿検査		(検査日: 年 月 日)	
	その他検査所見		(検査日: 年 月 日)	
	今後必要とする医療の内容 (今後の診療予定を含む。)			
	診断した疾病に対して原子爆弾の放射能が与えた 影響に関する意見があれば記載してください。			
以上のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 所在地 電 話 医師名 <span style="float: right;">(印)</span>				

※ 記入上の注意

次に掲げる疾病は、この医療費助成制度の対象外です。

- 1 感染性疾病及び感染性疾病に起因する疾病
- 2 寄生虫病及び寄生虫病に起因する疾病
- 3 中毒又は事故に起因する疾病
- 4 上記1から3までに掲げるもののほか、原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである疾病

裏面の記載要領を確認してください。

# 記載要領

診断書(医療費助成用(新規))				
ふりがな 氏名	年 月 日生	住所		
厚生労働省令で定める障害の種類及び障害を伴う疾病名				
障害の種類 (番号を記載してください。)		左記の障害を伴う疾病名 (診断名を記載してください。)		
1 造血機能障害	7 腎臓機能障害	6	高血圧性心疾患	
2 肝臓機能障害	8 水晶体混濁による			
3 細胞増殖機能障害	視機能障害			
4 内分泌腺機能障害	9 呼吸機能障害			
5 脳血管障害	10 運動器機能障害			
6 循環器機能障害	11 潰瘍による消化器機能障害			
今後医療を必要とする期間(経過観察期間を含みます。)に○を付けてください。			6か月以上 <input checked="" type="radio"/> ・ 6か月未満	
検査所見 (患者名・検査日が明示された検査結果報告書を添付する場合は コピーでも可)	理学所見(血圧を含む。)	(検査日: 年 月 日)		
	血液一般・生化学・内分泌等検査	(検査日: 年 月 日)		
	画像等検査	当該疾病の状態を示す検査結果を記入してください。  ・ 外科手術等の組織病理検査など新しい結果がなければ、診断当時のものを記入してください。 ・ 治療効果を把握すべき結果は、診断書作成前3ヵ月以内を目安に最近のものを記入してください。 ・ 治療により直近の検査結果が正常値に近づいている場合は、診断根拠となった治療開始前の検査結果も記入してください。 ・ 特に運動機能障害を伴う疾病については、症状も記入してください。		
	病理組織診断 (部位: )			
	尿検査			(検査日: 年 月 日)
	その他検査所見	(検査日: 年 月 日)		
	今後必要とする医療の内容 (今後の診療予定を含む。)	今後必要とする医療の内容(今後の診療予定)について記入してください。		
	診断した疾病に対して原子爆弾の放射能が与えた影響に関する意見があれば記載してください。			
以上のとおり診断します。 年 月 日 医療機関名 所在地 電 話 医師名 <span style="float: right;">(印)</span>				

有効期間は申請書提出  
(受理)前1月以内

- ※ 次に掲げる疾病は、この医療費助成制度の対象外です。
- 1 感染性疾病及び感染性疾病に起因する疾病
  - 2 寄生虫病及び寄生虫病に起因する疾病
  - 3 中毒又は事故に起因する疾病
  - 4 上記1から3までに掲げるもののほか、原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである疾病

(被爆者の子の医療費助成申請をされる方へ 診断書とともに主治医の先生にお渡しください。)

## 主治医の先生 御侍史

### 被爆者の子の医療費助成申請に係る診断書（新規）の記入について（お願い）

被爆者の子に対する医療費助成制度は、被爆者の子で、健康診断受診票の交付を受けている方が、下記の障害を伴う疾病で6か月以上の医療を必要とするとき、医療費の助成を受けられる制度です。

診断書の作成にあたっては、診断書裏面の「記載要領」を参照していただくとともに、下記の注意事項には特に留意してくださるようお願い申し上げます。

不明な点がありましたら、下記の問い合わせ先にご連絡をお願いします。

### 記

#### (医療費助成用診断書の記入にあたっての注意事項)

##### 【共通】

- 1 検査所見欄は、診断の根拠や現在の状態を示す検査結果を記入してください。  
※直近の検査結果が正常値に近づいている場合は、治療開始前の検査結果も記入してください。
- 2 障害の種類について  
診断書に記載されている障害の種類の番号（1～11）と、その障害を伴う疾病名を記載してください。
- 3 現在の治療状況及び今後の治療方針を、「今後必要とする医療の内容（今後の診療予定を含む。）」欄に、具体的に記入してください。（服薬名等を含む。）
- 4 可能な限り、レントゲン画像等も添付してください

##### 【個別】

- 1 造血機能障害（再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血等）
- 2 肝臓機能障害（肝硬変・慢性肝炎（アルコール性除く）等  
※飲酒歴の有無（飲酒歴がある場合は量・頻度）、肝炎ウイルスの検査結果（HBs 抗原、HBc 抗体、HCV 抗体）をご記入ください。
- 3 細胞増殖機能障害（悪性新生物等）  
※画像等検査欄、病理組織診断欄に結果等をご記入ください。または、病理診断報告書を添付してください。
- 4 内分泌腺機能障害（糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症等）
- 5 脳血管障害（脳出血、くも膜下出血、脳梗塞等）  
※画像所見及び主たる臨床症状をご記入ください。
- 6 循環器機能障害（高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患等）
- 7 腎臓機能障害（慢性腎炎、ネフローゼ症候群、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎等）
- 8 水晶体混濁による視機能障害（白内障のみ）
- 9 呼吸器障害（肺気腫、慢性間質性肺炎、肺繊維症等）  
※画像所見をご記入ください。
- 10 運動器機能障害（変形性関節症、変形性脊椎症等）  
※診断根拠となる臨床症状、画像所見、治療内容等をご記入ください。
- 11 潰瘍による消化器機能障害（胃潰瘍、十二指腸潰瘍等）  
※画像または内視鏡所見をご記入ください。

問い合わせ先

東京都保健医療局保健政策部疾病対策課

被爆者援護担当（認定委員会事務局）

電話番号 03-5320-4473