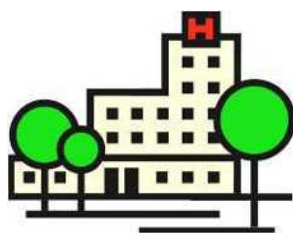


【被爆者健康診断 事務の手引】



東京都

目 次

1	健康診断の対象者	1
2	健康診断の内容	2
3	健康診断の種類と実施時期	3
4	窓口での取り扱い	4
5	健康診断の記録	4
6	実施結果の報告	5
7	請求書の提出	8
8	年間実績報告書の提出	8
9	患者への説明	8
10	各種変更届等について	8
11	実施可能項目等の変更について	9
12	契約の更新について	9

<資料>

資料1	被爆者健康手帳・健康診断受診票・健康診断受診票 見本	10
資料2	検査結果等の記入方法	14
資料3	実施結果報告・請求に関するチェックポイント	15
資料4	「実施結果報告 確認通知」見本	16

<届出様式>

- ① 代表者・代理人変更届
- ② 使用印鑑変更届
- ③ 使用印鑑届
- ④ 原子爆弾被爆者等健康診断委託契約変更届
- ⑤ 支払金口座振替依頼書

<健康診断個人票 様式>

- ① 一般検査用
- ② 一般検査(がん検診)用(H28.4.1 改正版)
- ③ 精密検査用

1 健康診断の対象者

次の①～③のいずれかに該当する者で、東京都内に住所を有する者

- ① 被爆者健康手帳 所持者…… **被爆者**
- ② 健康診断受診者証 所持者… **特例受診者**（原爆投下時に市外の一定の地域にいた者）
第一種と第二種の2種類あります。
第二種は表紙に「第二種」とゴム印が押されています。
- ③ 健康診断受診票 所持者…… **被爆者の子**（原爆投下後に生まれた、被爆者の実子）

区 分	確認するもの		定期健診 (春・秋)	希望健診 (年2回)	がん検診	精密検査	受診 奨励金	精検 交通費
	(受給者番号)							
① 被爆者	被爆者健康手帳 ----- (0 から始まる 7 桁の番号)		○	○	希望健康診断 (年 2 回) のうち、1 回分をがん検診に代えて受診可能	○	○	○
	特例受診者 (第一種)	第一種 健康診断受診者証 ----- (2 から始まる 7 桁の番号)		○		○	○	○
② 特例受診者 (第二種)	第二種 健康診断受診者証 ----- (2 から始まる 7 桁の番号)		○(年 1 回)		×	×	○	×
③ 被爆者の子	健康診断受診票 ----- (1 から始まる 7 桁の番号)		○	×	定期健康診断 (年 2 回) のうち、1 回分をがん検診に代えて受診可能	○	×	×

※手帳等の見本は、10～13 頁（資料 3）に掲載しています。



必ず上記の①～③を確認してから実施してください。

資格のない方の実施分、規定回数を超えての実施分は、健診委託料の支払ができません
ので、御注意願います。

《確認事項》

- ・ 東京都知事発行のもので、かつ、東京都内の住所が記載されているか。
※東京都発行の手帳を所持していても、他県に転出している場合があるので、注意して下さい。
- ・ 有効期間内のものであるか。（健康診断受診票のみ）

2 健康診断の内容

(1) 一般検査

	項目名	対象者
基本検査		
1	視診、問診、聴診、打診及び触診による検査	全ての受診者
2	CRP検査	
3	血球数計算（赤血球数、白血球数、ヘマトクリット）	
4	血色素検査	
5	尿定性検査（糖、蛋白、ウロビリノーゲン、潜血）	
6	血圧測定	
7	心電図検査	
8	胸部エックス線撮影検査（※肺がん検診と同日受診不可）	
附加検査		
9	肝臓機能検査（AST検査、ALT検査、 γ -GTP検査）	医師が必要と認めた受診者
10	ヘモグロビンA1c	
11	血清総コレステロール定量検査	



(2) がん検診


	項目名	検査内容	対象者
1	胃がん	問診、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査	希望者 (年1回) ※第二種特例受診者は対象外
2	肺がん	問診、胸部エックス線検査 ※医師が必要と認めるときは、更に喀痰細胞診	
3	乳がん	問診、乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※医師が必要と認めたときは、マンモグラフィ検査と併せて視診、触診	
4	子宮がん	問診、視診、内診、子宮頸部細胞診 ※医師が必要と認めたときは、更に子宮体部の細胞診及びコルポスコープ検査	
5	大腸がん	問診、免疫学的便潜血検査法：2日法	
6	多発性骨髄腫	問診、血清蛋白分画検査（総蛋白を含む）	

肺がん検診を実施した場合は、一般検査の胸部エックス線を請求しないでください。

(3) 精密検査


	項目名	対象者
1	骨髄造血像検査等の血液の検査	一般検査及びがん検診の結果、さらに精密な検査が必要と認められた受診者
2	肝臓機能検査等の内臓の検査	
3	関節機能検査等の運動器の検査	
4	眼底検査等の視器の検査	
5	胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査	※第二種特例受診者は対象外
6	その他必要な検査	

※収容検査（入院しての検査）について、被爆者及び特例受診者は受診可能ですが、被爆者の子は受診できません。

 附加検査及び精密検査は、受診者すべてに実施するものではありません。 **一律に実施することがないように**注意してください。

(4) 検査料の単価

年度ごとに定める「単価表」のとおりとします。

 精密検査の検査料は、上限金額（7,028円）が定められています。その金額を超える検査を行なうときは、自己負担が生じますので、必ず本人の了解をとってください。

3 健康診断の種類と実施時期

健康診断には、定期健康診断と希望健康診断の2種類があります。

(1) 定期健康診断

年2回定期的に実施します。

ただし、**「特例受診者(第二種)」は年1回のみ**（定期又は希望のいずれか）です。

春期	5月1日から	6月30日まで
秋期	11月1日から	12月31日まで



※定期健康診断の結果、精密検査が必要と認められた被爆者の子が、精密検査を受診する場合は、定期健康診断期間終了後（7月1日又は1月1日以降）でも受診できます。

(2) 希望健康診断

受診対象者の希望により、4月1日から翌年3月15日までの間に、年2回を限度として受診することができます。「被爆者の子」は受診できません。

4 窓口での取扱い



(1) 手帳等の取扱い

- ・被爆者健康手帳等の提示を受け、健康診断を受けたいとの申出があった場合は、窓口で費用を徴収せず、所定の検査を実施し、手帳等は検査結果を記入の上、受診者へ返還してください。
- ・記入欄がいっぱいになったら、再交付の手続きをとるよう促してください。
- ・精密検査の検査内容が限度額（7,028円）を超える場合は、自己負担が生じますので、その旨本人の了解をとってください。

(2) 「健康診断 受診奨励金 支給申請書」の取扱い ※被爆者の子は対象外

- ・被爆者健康手帳及び健康診断受診者証の所持者に対して、受診年月日と医療機関名のスタンプを申請書の所定欄に押してください。申請書（白い用紙）は、被爆者等に郵送する「健康診断のしおり」にとじ込んであります。

(3) 「精密検査 受診交通費 支給申請書」の取扱い

※健康診断受診者証(第二種)及び被爆者の子は対象外

- ・被爆者健康手帳及び健康診断受診者証（第一種のみ）の所持者が、精密検査を受けた場合、受診年月日と医療機関名のスタンプを申請書の所定欄に押してください。申請書（ピンク色の用紙）は、被爆者等に郵送する「健康診断のしおり」にとじ込んであります。
- ・受診年月日は、一般検査（がん検診）の受診日と、精密検査の受診日を、両方とも記入して下さい。
- ・精密検査を実施した場合にのみ記入してください。一般検査及びがん検診のみでは申請できません。保険診療として追加の検査を行った場合も、申請できません。



(2)及び(3)のスタンプは、被爆者等が受診奨励金や交通費を受給するための証明となりますので、必ず日付と医療機関名の押印をお願いいたします。

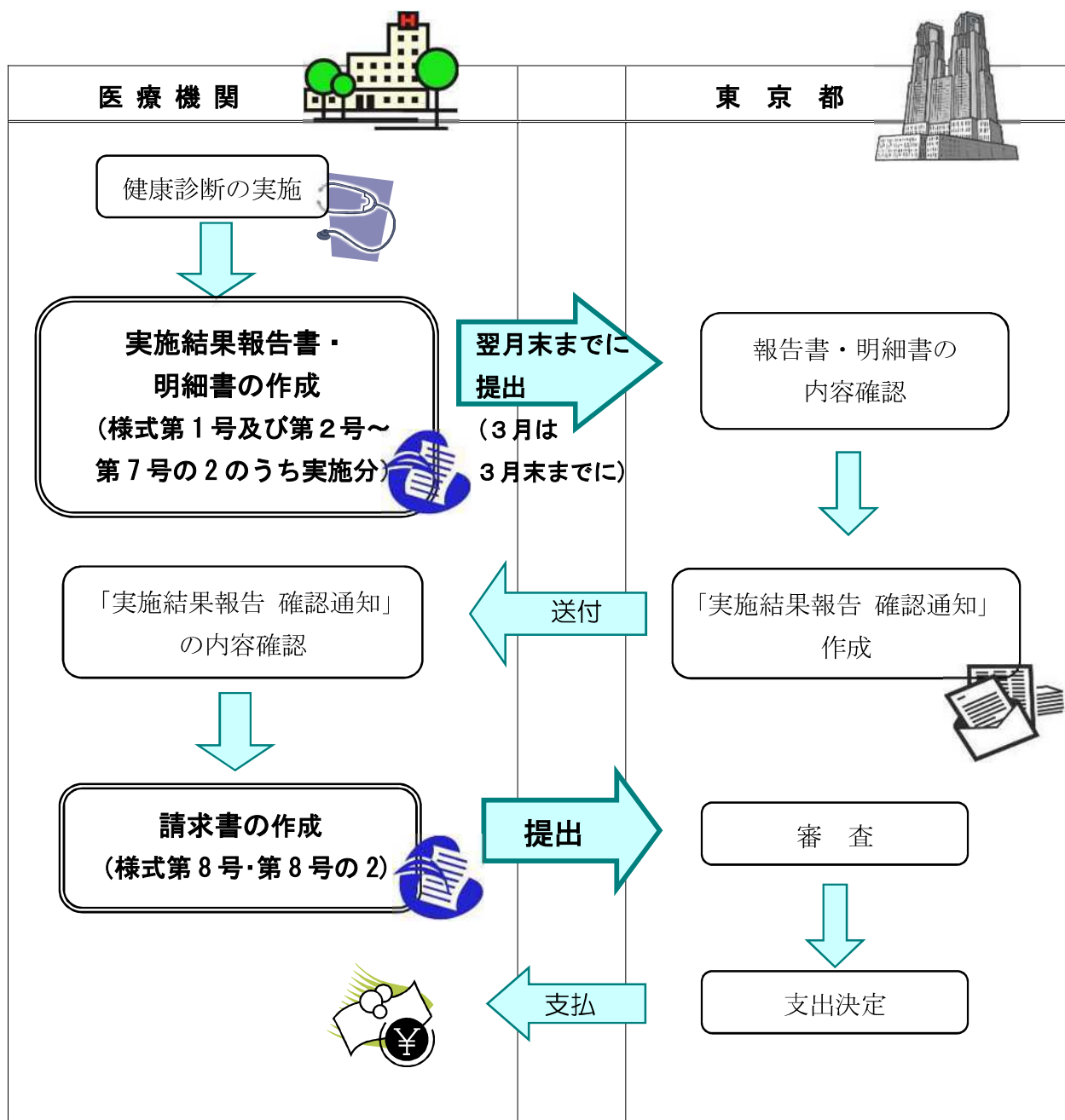
5 健康診断の記録


「原子爆弾被爆者等健康診断実施要領」第5に基づき、健康診断に関する記録を「健康診断個人票」（この手引きに用紙を掲載しています）に記録し、5年間保存してください。

6 実施結果の報告

(1) 報告の流れ

健診終了後、実施結果報告書（様式第1号及び第2号～第7号の2のうち実施のあったもの）を提出してください。東京都において報告の内容を確認後、「実施結果報告 確認通知」を送りますので、通知の到達後速やかに、請求書（様式第8号、第8号の2）を提出してください。請求書の日付は、都が送付する「実施結果報告 確認通知」受領日以降の日付としてください。



 実施結果報告書の提出時に、**請求書を同時に**出さないよう、ご注意ください。

(2) 報告書の提出時期

<提出期限>

定期・希望に関わらず、健診を実施した月の翌月末まで
ただし、3月実施分は、3月末日まで



報告書は定期・希望の区別なく、実施月ごとにまとめてください。

(3) 精密検査を行った場合は、その受診者の一般検査（またはがん検診）とセットで報告してください。同時提出が困難な場合は、ご相談ください。

(4) 報告時に必要な書類

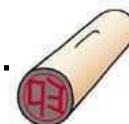
様式名	様式番号	対象受診者	提出の 要否※
実施結果報告書	第1号	共通	◎
実施結果明細書（一般検査）	第2号	被爆者・特例受診者 (番号は 0 xxxxxx あるいは 2 xxxxxx)	△
〃（がん検診）	第3号		△
〃（一般・精密検査）	第4号		△
〃（がん・精密検査）	第4号の2		△
〃（一般検査）	第5号	被爆者の子 (番号は 1 xxxxxx)	△
〃（がん検診）	第6号		△
〃（一般・精密検査）	第7号		△
〃（がん・精密検査）	第7号の2		△

※ ◎・・・必ず提出、△・・・当該検査を実施した場合に提出

(5) 実施結果報告書の作成にあたっての主な注意



実施結果報告書に使用する印鑑は、印鑑証明書の印を使用して下さい。
別の印鑑を使用したい場合は、「使用印鑑変更届」を提出して下さい。



① 実施結果報告書（第1号）

- ・左上に契約番号（契約書 右上記載の5桁の番号）を記入
- ・胸部X線を実施した場合は、必ず単価を記入（胸部X線の単価は、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」により算出した検査料の額に消費税を加算した額（1円未満切捨て）です。 肺がん検診の委託単価とは異なります。）

- ・一般検査の結果欄（異常なし・経過観察・要精密）は、必ず明細書（様式第2号、第5号）の結果判定と一致させる
- ・がん検診は検診種類ごとに結果を記入
- ・精密検査の件数は、必ず明細書（様式第4号、第4号の2、第7号、第7号の2）の枚数と一致させる。
- ・受託検査機関の名称（法人名も含む）及び代表者の職名（理事長、院長等）は、契約書に記載したとおりに記載する。

② 実施結果明細書（第2号～第7号の2）

- ・被爆者及び特例受診者と、被爆者の子は分けて記入
被爆者・特例受診者……様式2号～様式4号の2
被爆者の子 ……………様式5号～様式7号の2
- ・手帳番号等を必ず記入
被爆者健康手帳……0から始まる7桁の、公費負担医療の受給者番号（手帳番号）
健康診断受診者証……2から始まる7桁の、健康診断受診者証の番号
健康診断受診票……1から始まる7桁の、健康診断受診票の番号
- ・肺がん検診を実施した場合は、一般検査の胸X線欄には○を付けない
- ・結果判定は、全受診者について必ず記入
- ・要精密となったがん検診の検査項目は、◎を記載
- ・要精密となった場合は、「要精密者の精密検査等受診状況」を、以下の要領で必ず記入
実施：当該医療機関で精密検査を実施した場合
把握：要精密者が、被爆者健診の精密検査ではなく、その後医療（保険診療）にて受診している場合や、他の医療機関で精密検査・保険診療を受診する場合
未実施（未把握）：それ以外の場合
※保険診療で対応しているため被爆者健診として請求しない場合は、「把握」に○をつけてください。
- ・「要精密者の精密検査等受診状況」を「実施」とした場合は、必ず精密検査の明細書（様式第4号・第4号の2、第7号・第7号の2）を添付し、様式第1号に件数を計上

(6) 報告書の提出先


〒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



封筒の宛名としてご利用ください。

7 請求書の提出

 請求書に使用する印鑑は、印鑑証明書の印を使用して下さい。
別の印鑑を使用したい場合は、「使用印鑑変更届」を提出して下さい。



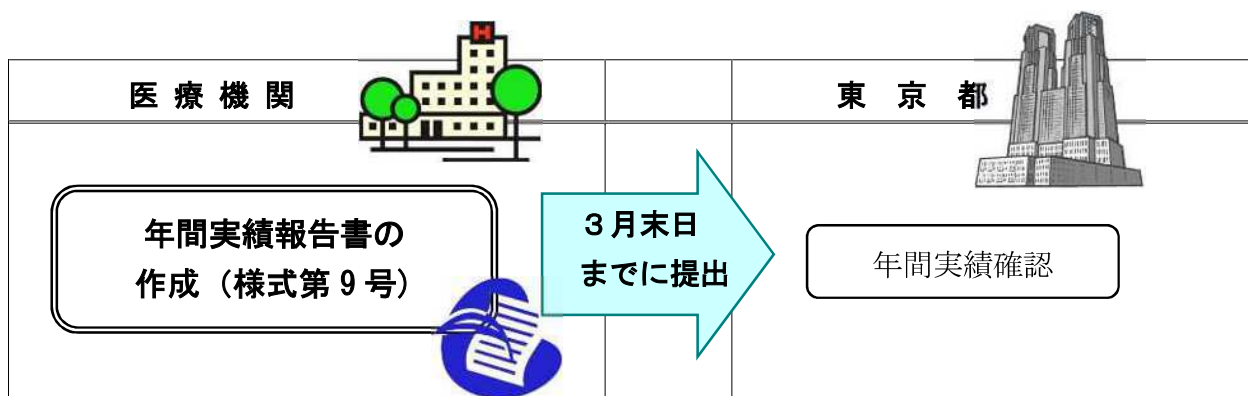
東京都において報告の内容を確認後、「**実施結果報告確認通知**」をお送りします。
到着後、速やかに内容をご確認いただき、請求書を提出してください。

検査料は、契約締結時に届け出いただいた口座に振り込みます。変更の希望がある場合は、御連絡ください。

8 年間実績報告書の提出

報告書の提出漏れを防ぐため、全ての医療機関に、年度末（3月末日）までに年間実績報告書（様式第9号）をご提出いただいています。

これまでに提出された請求書の件数・金額をご記入の上、東京都までお送りください。
(件数は、実人員ではありませんので、御注意ください。)



<提出期限>

3月末日まで

実績の有無に関わらず、全ての医療機関が対象です。



9 患者への説明

「原子爆弾被爆者等健康診断実施要領」第8に該当する状態の受診者に対して、所定の手続をとることができる旨、説明してください。

10 各種変更届等について

各種変更届が適切に提出されていないと、実施結果報告が受理できません。以下のとおり手続きをお願いします。(1)～(4)については届出用紙をこの手引きに掲載していますので、コピーして使用してください。

(1) 代表者の変更

契約代表者（理事長等）が変更になった場合は、「代表者・代理人変更届」を提出してください。併せて新理事長の印鑑証明書を提出してください。

(2) 代理人の変更

理事長等から委任を受けた代表者が変更になる場合は、「代表者・代理人変更届」を提出してください。

(3) 使用印鑑の変更

請求時等に使用する印鑑が変更になる場合は、「使用印鑑届」を提出してください。

(4) 名称・所在地の変更

「原子爆弾被爆者等健康診断委託契約変更届」を提出してください。

(5) 開設者の変更

開設者が変更になる場合（個人→法人、経営法人の変更等）は、「原子爆弾被爆者等健康診断委託契約変更届」の提出が必要になります。

11 実施可能項目等の変更について

対象者には、「健康診断のしおり」「健康診断のお知らせ」で、各医療機関での検診項目や、休診日・診療時間等をお知らせしています。

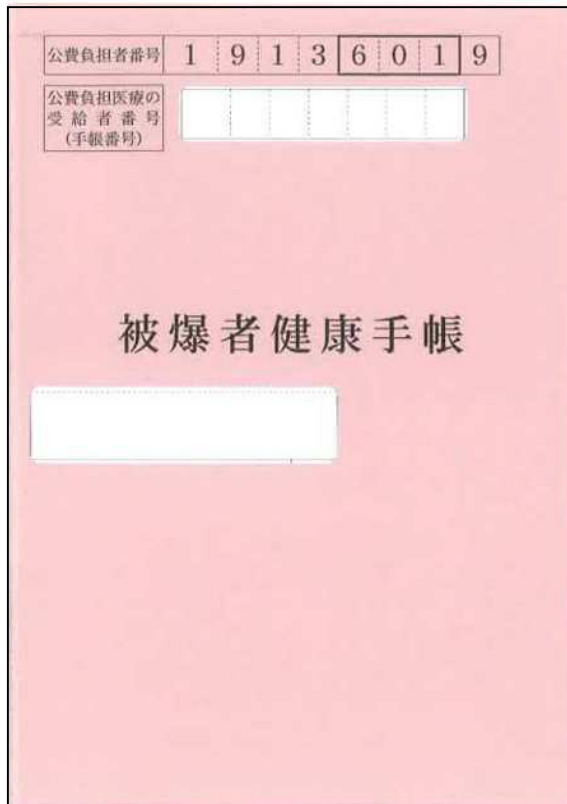
やむを得ない事情で年度途中に変更が生じた場合は、都にご一報ください。また、対象者から予約が入った際に、変更になったことを説明するなど、適宜ご対応をお願いします。

次年度以降の変更については、秋(11月頃)に調査を行いますので、その際に御回答ください。

12 契約の更新について

この契約は年度単位となっています。毎年秋の意向調査時に辞退の申出がない限り、自動的に更新されます。(契約書の第13条第2項)

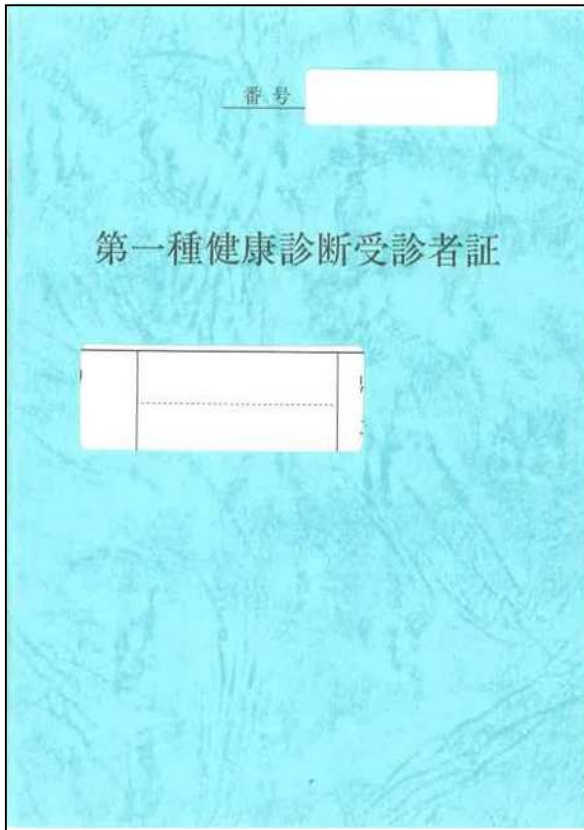
<資料1 被爆者健康手帳・健康診断受診者証・健康診断受診票の見本>



【被爆者健康手帳 見本】

表紙はくすんだピンク色です。

この部分に記載されている、
受給者番号（手帳番号）を、報告
書にご記入ください。
0から始まる7桁の番号です。



【第一種健康診断受診者証 見本】

表紙は明るい水色です。

こちらを所持している方を

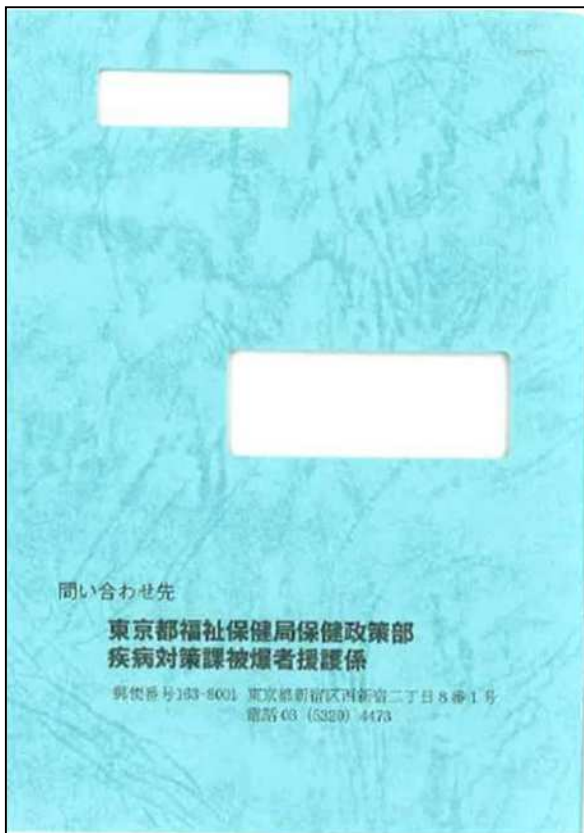
「特例受診者」と呼んでいます。

※過去に交付された受診者証には、

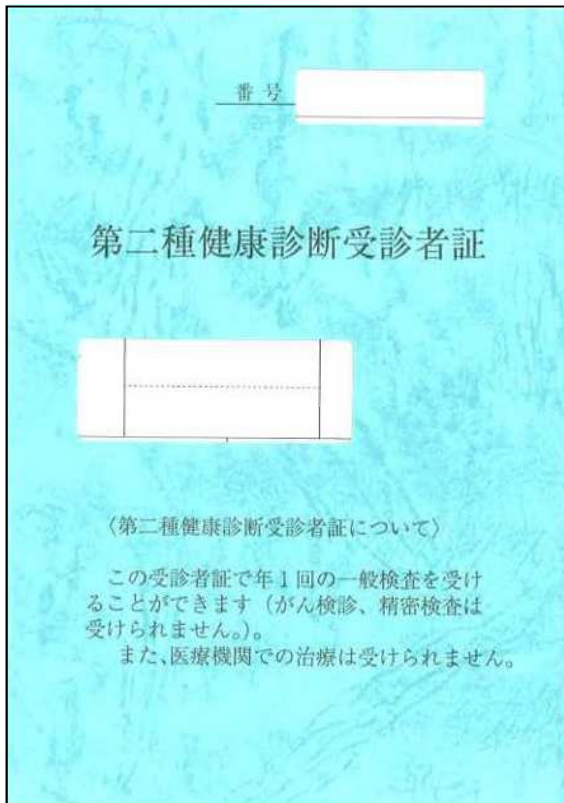
「第一種」の印字はありません。

表紙に第二種のゴム印がない方は、第一種
です。

この部分に記載されている番号
を、報告書にご記入ください。
2から始まる7桁の番号です。



ふりがな 氏名		男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生
原子爆弾 が投下さ れた時の 年齢	満 歳					
居住地 (現住所)						
交 付 年 月 日	昭 平	和 成	年	月	日	



【第二種健康診断受診者証 見本】

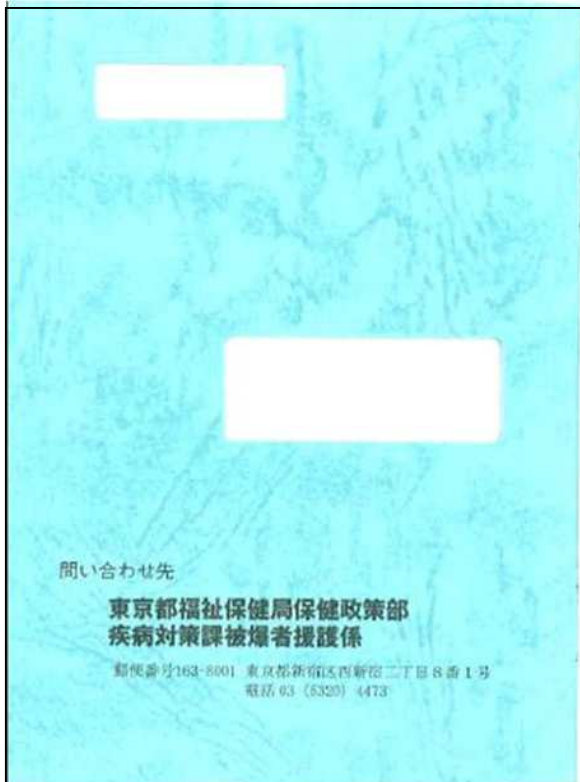
表紙は明るい水色です。

こちらを所持している方を
「特例受診者」と呼んでいます。

第二種の方は、がん検診、精密検査は受診できません。

※過去に交付された受診者証には、**第二種**とゴム印が押されています。

この部分に記載されている番号を、報告書にご記入ください。
2から始まる7桁の番号です。



第 号

ふりがな			男 女	明治 大正 昭和	年	月	日生
氏名			満	歳			
原子爆弾が投下された時の年齢							
居住地（現在地）							
交付年月日	平成	年	月	日			
原子爆弾が投下された時の所在地	郡	郷心地から	キロメートル				


(子)

健康診断受診票

番号 _____

氏名			
住所			
交付年月日	年	月	日
有効期限	令和 10 年	7 月	31 日

東京都知事



【健康診断受診票 見本】

この部分に記載されている番号を、報告書にご記入ください。

10あるいは11から始まる7桁の番号です。

きみどり(鶯)色で三つ折りになっています。

こちらを所持している方を「被爆者の子(被爆2世)」と呼んでいます。

最新のものは、有効期限が令和10年7月31日になっています。

※こちらを所持していても、現在の住民票が都外にある場合は、受診できませんのでご注意ください。

健康保険証等の住所が他道府県となっている方が、こちらを窓口でお出しになった場合は、都庁の被爆者援護担当(03-5320-4473)までご連絡ください。

(他道府県でも被爆者二世の健診は実施していますが、実施方法や受診可能項目、回数等は異なります)

＜資料 2 検査結果等の記入方法＞

実施結果報告書 記入例

(様式第 2 号・様式 5 号 一般)

結果判定の部分を、様式第 1 号に反映させる。

実施日 月 日	手帳番号 (0xxxxxx) または 受診者証番号 (2xxxxxx)	氏 名	基 本	心 電 図	胸 X 線	肝機能	Hb A1c	総コレ	結 果 判 定					要精密者の 精密検査等受診状況		
									異常なし	経過観察	要精密	実施	把握	(未把握)	(未実施)	
1 5 1	0123456	東京 太郎	○	○	○	○	○	○	○							
2 5 1	0101234	東京 次郎	○	○	○					○						
3 5 15	0987654	山田 花子	○	○		○	○	○			○	○				

(様式第 3 号 がん)

実施日 月 日	手帳番号 (0xxxxxx) または 受診者証番号 (2xxxxxx)	氏 名	胃			肺		乳		子宮				大 骨		結 果 判 定					要精密者の 精密検査等 受診状況			
			X線・直接	X線・間接	内視鏡	X線	X+痰	X線実施	X線未実施	頸部	頸+体	頸+コ	頸体コ	腸	髓	異常なし	経過観察	要精密	実施	把握	(未把握)	(未実施)		
1 5 15	0987654	山田 花子	◎				○	○			◎				○	○		○	○					

(様式第 1 号)

		被爆者			
		受診者数	異常なし	経過観察	要精密
一 般 検 査	基本検査	3			
	心電図	3			
	胸部X線 ※	2			
	肝機能	2	1	1	1
	ヘモグロビンA1c	2			
	総コレステロール	2			
が ん 検 診	胃がん	1			1
	肺がん	1	1		
	乳がん	1	1		
	子宮がん	1			1
	大腸がん	1	1		
	多発性骨髄腫	1	1		

胃がん・子宮がん検診のみ精密検査が必要となった場合、様式第 1 号にその結果を反映させる。

<資料3 実施結果報告・請求に関するチェックポイント>



ご提出前に今一度、ご確認ください



◆報告書の提出時◆

	項目	備考	チェック
1	必要な書類は全て揃っているか	様式第1号は必須提出	
2	請求書を添付していないか	請求書の提出は、「実施結果報告 確認通知」が届いた後	
3	様式第1号の印は、契約書と同一か 検査機関名称及び代表者職氏名は、契約書と同一か	訂正印も契約書と同一の印	
4	胸X線の単価を記入しているか	一般検査の胸X線を実施の場合	
5	胸X線と肺がん検診とを二重に請求していないか		
6	様式第1号の件数と、明細書(第2号～第7号の2)の件数が一致しているか		
7	がん検診の場合、要精密となったがん検診の検査項目に◎を記入しているか。		
8	要精密となった受診者について、精密検査等受診状況欄に○を記入しているか	実施・把握・未実施のいずれか 保険診療で実施の場合は「把握」に○	
9	精検「実施」とした受診者について、明細書を添付しているか	被爆者→様式第4号・第4号の2 被爆者の子→第7号・第7号の2	
10	実施月の翌月末までに提出しているか	月末最終日が開庁日(平日)でない可能性があります(4月や12月など)。	

◆請求書提出時◆

	項目	備考	チェック
1	様式第8号の印は、契約書と同一か 検査機関名称及び代表者職氏名は、契約書と同一か	訂正印も契約書と同一の印	
2	請求金額を訂正していないか	請求金額欄は、訂正印での訂正不可	

報告・請求書類の不備で再提出を依頼する事例の多いものを掲示しています。
ご提出前に、再度ご確認ください。

＜資料4 「実施結果報告 確認通知」見本＞

※実際には、B4 サイズの帳票を、窓あき封筒で郵送します。

<p style="text-align: right;">9-99-999999 (99999)</p> <p>123-5678 新宿区西新宿2-8-1</p> <p>医療法人社団 ××病院</p> <p style="text-align: center;">被爆者健診請求ご担当者 様</p> <p style="text-align: center;">被爆者 健康診断 実施結果報告 確認通知</p> <p>先日、貴医療機関より提出がありました、被爆者健康診断の実施結果報告については、当課において下記に記載する内容で確認いたしました。 間違いがなければ、下記の内容で請求書の提出をお願いいたします。 相違等ございましたら、早急に担当までご連絡下さい。</p> <p style="text-align: right;">疾病対策課 被爆者援護担当 Tel: 03(5320)4473</p>	<p style="text-align: right;">令和4年8月15日作成</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">区分</th> <th colspan="3">被爆者</th> <th colspan="3">被爆者の子</th> </tr> <tr> <th>件数</th> <th>単価</th> <th>金額</th> <th>件数</th> <th>単価</th> <th>金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">胃</td> <td>X線直接</td> <td>1件</td> <td>12,240円</td> <td>12,240円</td> <td>0件</td> <td>12,240円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>X線間接</td> <td>0件</td> <td>7,855円</td> <td>0円</td> <td>0件</td> <td>7,855円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>内視鏡</td> <td>0件</td> <td>16,104円</td> <td>0円</td> <td>*****件</td> <td>*****円</td> <td>*****円</td> </tr> <tr> <td>胃がん 小計①</td> <td>1件</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>0件</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">肺</td> <td>X線</td> <td>1件</td> <td>5,050円</td> <td>5,050円</td> <td>0件</td> <td>5,050円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>X線 + 喀痰</td> <td>0件</td> <td>8,570円</td> <td>0円</td> <td>0件</td> <td>8,570円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>肺がん 小計②</td> <td>1件</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>0件</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">乳房</td> <td>乳房エックス線検査実施の場合(原則)③</td> <td>1件</td> <td>9,669円</td> <td>9,669円</td> <td>0件</td> <td>9,669円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>乳房エックス線検査を含まない場合③</td> <td>0件</td> <td>3,168円</td> <td>0円</td> <td>0件</td> <td>3,168円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">子宮</td> <td>頸部</td> <td>1件</td> <td>6,688円</td> <td>6,688円</td> <td>0件</td> <td>6,688円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>頸部 + 体部</td> <td>0件</td> <td>12,408円</td> <td>0円</td> <td>0件</td> <td>12,408円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>頸部 + コルポ</td> <td>0件</td> <td>8,998円</td> <td>0円</td> <td>0件</td> <td>8,998円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>頸部 + 体部 + コルポ</td> <td>0件</td> <td>14,718円</td> <td>0円</td> <td>0件</td> <td>14,718円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>子宮がん 小計④</td> <td>1件</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">大腸</td> <td>⑤</td> <td>1件</td> <td>4,356円</td> <td>4,356円</td> <td>0件</td> <td>4,356円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>骨髄 ⑥</td> <td>1件</td> <td>1,628円</td> <td>1,628円</td> <td>0件</td> <td>1,628円</td> <td>0円</td> </tr> <tr> <td>精密検査⑦</td> <td>0件</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>0件</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td style="text-align: center;">/</td> </tr> <tr> <td>①～⑦の合計(2)</td> <td>6件</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>39,631円</td> <td>0件</td> <td style="text-align: center;">/</td> <td>0円</td> </tr> </tbody> </table>	区分	被爆者			被爆者の子			件数	単価	金額	件数	単価	金額	胃	X線直接	1件	12,240円	12,240円	0件	12,240円	0円	X線間接	0件	7,855円	0円	0件	7,855円	0円	内視鏡	0件	16,104円	0円	*****件	*****円	*****円	胃がん 小計①	1件	/	/	0件	/	/	肺	X線	1件	5,050円	5,050円	0件	5,050円	0円	X線 + 喀痰	0件	8,570円	0円	0件	8,570円	0円	肺がん 小計②	1件	/	/	0件	/	/	乳房	乳房エックス線検査実施の場合(原則)③	1件	9,669円	9,669円	0件	9,669円	0円	乳房エックス線検査を含まない場合③	0件	3,168円	0円	0件	3,168円	0円	子宮	頸部	1件	6,688円	6,688円	0件	6,688円	0円	頸部 + 体部	0件	12,408円	0円	0件	12,408円	0円	頸部 + コルポ	0件	8,998円	0円	0件	8,998円	0円	頸部 + 体部 + コルポ	0件	14,718円	0円	0件	14,718円	0円	子宮がん 小計④	1件	/	/	/	/	/	大腸	⑤	1件	4,356円	4,356円	0件	4,356円	0円	骨髄 ⑥	1件	1,628円	1,628円	0件	1,628円	0円	精密検査⑦	0件	/	/	0件	/	/	①～⑦の合計(2)	6件	/	39,631円	0件	/	0円
区分	被爆者			被爆者の子																																																																																																																																													
	件数	単価	金額	件数	単価	金額																																																																																																																																											
胃	X線直接	1件	12,240円	12,240円	0件	12,240円	0円																																																																																																																																										
	X線間接	0件	7,855円	0円	0件	7,855円	0円																																																																																																																																										
	内視鏡	0件	16,104円	0円	*****件	*****円	*****円																																																																																																																																										
	胃がん 小計①	1件	/	/	0件	/	/																																																																																																																																										
肺	X線	1件	5,050円	5,050円	0件	5,050円	0円																																																																																																																																										
	X線 + 喀痰	0件	8,570円	0円	0件	8,570円	0円																																																																																																																																										
	肺がん 小計②	1件	/	/	0件	/	/																																																																																																																																										
乳房	乳房エックス線検査実施の場合(原則)③	1件	9,669円	9,669円	0件	9,669円	0円																																																																																																																																										
	乳房エックス線検査を含まない場合③	0件	3,168円	0円	0件	3,168円	0円																																																																																																																																										
子宮	頸部	1件	6,688円	6,688円	0件	6,688円	0円																																																																																																																																										
	頸部 + 体部	0件	12,408円	0円	0件	12,408円	0円																																																																																																																																										
	頸部 + コルポ	0件	8,998円	0円	0件	8,998円	0円																																																																																																																																										
	頸部 + 体部 + コルポ	0件	14,718円	0円	0件	14,718円	0円																																																																																																																																										
	子宮がん 小計④	1件	/	/	/	/	/																																																																																																																																										
大腸	⑤	1件	4,356円	4,356円	0件	4,356円	0円																																																																																																																																										
	骨髄 ⑥	1件	1,628円	1,628円	0件	1,628円	0円																																																																																																																																										
	精密検査⑦	0件	/	/	0件	/	/																																																																																																																																										
	①～⑦の合計(2)	6件	/	39,631円	0件	/	0円																																																																																																																																										

報告年月日	令和4年7月30日	実施年度	4年度	期別	春期
請求金額計(1) + (2)	67,813 円				

区分	被爆者			被爆者の子			
	件数	単価	金額	件数	単価	金額	
一般検査	基本検査	1件	5,643円	5,643円	1件	5,643円	5,643円
	心電図	1件	1,500円	1,500円	1件	1,500円	1,500円
	胸部X線	1件	/	2,310円	1件	/	2,310円
	肝機能	1件	2,079円	2,079円	1件	2,079円	2,079円
	ヘマトロビンA1c	1件	539円	539円	1件	539円	539円
	総コレステロール	1件	400円	400円	1件	400円	400円
	精密検査	1件	/	3,240円	0件	/	0円
計 (1)	7件	/	15,711円	6件	/	12,471円	

999/999 99999

契約番号

		-			
--	--	---	--	--	--

(代表者・代理人) 変 更 届

年 月 日

東京都知事 殿

医療機関 所在地
名 称
代表者職・氏名

印

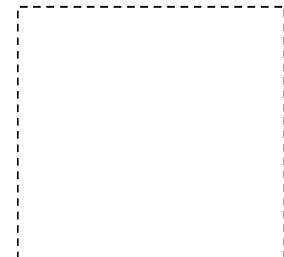
原子爆弾被爆者健康診断等の実施に伴う契約書中、(代表者・代理人) が下記のとおり変更したので届け出ます。

記

1. 新 (代表者・代理人) の職氏名及び使用印鑑

職・氏名

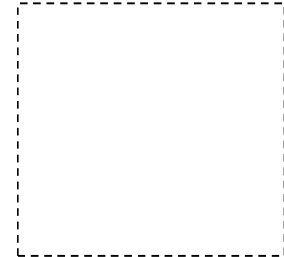
印 鑑



2. 旧 (代表者・代理人) の職氏名及び使用印鑑

職・氏名

印 鑑



3. 変更年月日

年 月 日

契約番号

		-			
--	--	---	--	--	--

使用印鑑変更届

年 月 日

東京都知事 殿

医療機関 所在地
名称
代表者職・氏名

印

原子爆弾被爆者健康診断等の実施に伴う契約書中、使用印鑑を下記のとおり変更するの
で届け出ます。

記

1. 新使用印鑑

印 鑑

2. 変更年月日

年 月 日

契約番号

		-			
--	--	---	--	--	--

原子爆弾被爆者等健康診断委託契約変更届

年 月 日

東京都知事 殿

受託医療機関

所在地・名称

代表者職氏名

印

下記のとおり、契約事項に変更があったので、届け出ます。

記

変更事項 1	変更前
	変更後
変更事項 2	変更前
	変更後
変更理由	
変更年月日	

契約番号

支払金口座振替依頼書

(新規 変更用)

		-			

令和 年 月 日

東京都知事 殿

東京都から私に支払われる 原子爆弾被爆者健康診断 委託料 は口座振替により受領することを希望します。ついては、今後下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

依頼人 { 住所
(連絡先電話番号 ())
氏名 印

(法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名)

振込先金融機関名	本・支店名	金融機関・支店コード	種目	口座番号 (右詰めで記入)
銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店 支店			
口座名義人 (カタカナ)		30文字まで		

* 種目：預金種目は、次のコードを記入願います。 : 1 普通、2 当座、4 貯蓄

ご注意

- 新規・変更の該当する部分を○で囲んでください。
- 振込先の口座は依頼人ご本人の口座に限ります。(法人の場合は当該法人の口座に限ります。)
- 変更の場合は変更箇所のみご記入ください。

契約番号

9	9	-	0	9	9
---	---	---	---	---	---

令和 年 月 日

記入例

支払金口座振替依頼書

(新規) 変更用)

東京都知事 殿

東京都から私に支払われる 原子爆弾被害者健康診断 委託料 は口座振替により受領することを希望します。ついては、今後下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

依頼人 { 住所 △△区●●町1-2-3
 (連絡先電話番号 03 (1234) 5678)
 氏名 医療法人社団××会 ○○診療所

理事長 × × 太郎

(法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名)

住所・氏名は、契約書の「受託者」の欄と同じ内容を記入して下さい。

契約書と同じ印(理事長印)を押印してください。

振込先金融機関名	本・支店名	金融機関・支店コード	種目	口座番号(右詰めで記入)
みずほ <small>銀行・信用金庫 信用組合・農協</small>	西新宿 <small>本店 支店</small>	00010671	1	0111111
口座名義人(カタカナ) 30文字まで				
イ) トチヨウカイ トチヨウシンリヨウシヨ				


なるべく略称でご記入をお願いします。
 医療法人、医療法人社団、医療法人財団…「イ）」
 財団法人…「ザイ）」
 社会福祉法人…「フク）」


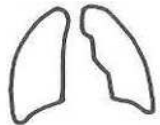
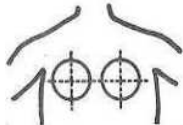
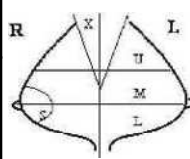
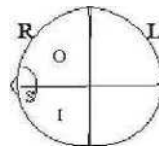
ご注意

- 新規
- 振込先の口座は依頼人ご本人の口座に限ります。(法人の場合は当該法人の口座に限ります。)
- 変更の場合は変更箇所のみご記入ください。

整理番号										健康診断個人表（一般検査用）											
ふりがな										性別		男・女		生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日生					
氏名										性別		男・女		生年月日		明治・大正・昭和 年 月 日生					
被爆者健康手帳番号																					
居住地					東京都					区市郡											
被爆時の 事情		被爆地			爆心地から約					キロメートル					法第1条に よる区分		第1号・第2号 第3号・第4号				
		第1号該当者の被爆の状況			屋内		木造・コンクリート・石造					屋外		遮蔽の有・無							
既往 歴		被爆時前の既往歴																			
		被爆直後の行動 (おおむね3週間以内)																			
原爆によると思 われる急性症状 (おおむね6箇月以内)		貧血		有・無		熱傷		有・無		下痢		有・無		脱毛		有・無		発熱		有・無	
		外傷		有・無		皮膚粘膜の出血			有・無		急性症状の持続期間			約		箇月					
原爆によると思 われる慢性症状		貧血		有・無		めまい		有・無		疲労感		有・無		筋痛		有・無					
		衰弱感		有・無		ケロイド		有・無		その他											
備考																					

(裏)

		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日					
現 症	理 検 学 的 査									
	臨 床 病 理 学 的 検 査	白 血 球 数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³				
		赤 血 球 数	×10 ⁴ /mm ³	×10 ⁴ /mm ³	×10 ⁴ /mm ³	×10 ⁴ /mm ³				
		ヘモグロビン	g/dℓ	g/dℓ	g/dℓ	g/dℓ				
		ヘマトクリット	%	%	%	%				
		ヘモグロビンA1c	%	%	%	%				
		肝臓機能検査	AST		ALT		AST		ALT	
			γ-GTP	IU/ℓ	γ-GTP	IU/ℓ	γ-GTP	IU/ℓ	γ-GTP	IU/ℓ
		C R P	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ				
		尿 検 査	たん 蛋 白	陽性 ・ 陰性	陽性 ・ 陰性	陽性 ・ 陰性	陽性 ・ 陰性			
			糖	陽性 ・ 陰性	陽性 ・ 陰性	陽性 ・ 陰性	陽性 ・ 陰性			
	ウロビリノーゲン		増加・正常・減少	増加・正常・減少	増加・正常・減少	増加・正常・減少				
	潜 血		陽性 ・ 陰性	陽性 ・ 陰性	陽性 ・ 陰性	陽性 ・ 陰性				
	血 圧 値	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg	
		最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg	
	総コレステロール	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ					
	心 電 図	S T 変 化								
		T 変 化								
		不 整 脈								
		そ の 他								
X 線 検 査										
そ の 他 の 検 査										
判 定	異 常 認 め ず 要 精 密 検 査	異 常 認 め ず 要 精 密 検 査	異 常 認 め ず 要 精 密 検 査	異 常 認 め ず 要 精 密 検 査						
特 記 すべき 医 師 の 意 見										
実 施 場 所										
実 施 機 関 名										
担 当 医 師 氏 名										

整理番号		健康診断個人票				(一般検査(がん検診)用)	
ふりがな		性 男 別 女	年齢	歳	明治 大正 昭和	年 月 日生	
氏名							
居住地	都道府県	区市郡	町村	番地	被爆者健康手帳番号		
	胃がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	大腸がん検診	多発性骨髄腫検診	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
既往歴							
現	症状						
	検査所見	X線(直接・間接)内視鏡部位 	X線(直接)  所見 []	視診・触診部位  腫瘍有無 []	視診・内診所見 []	便潜血 陰性・陽性 []	血清蛋白分画 総蛋白 g/dl A/G アルブミン % α ₁ グロブリン % α ₂ グロブリン % βグロブリン % γグロブリン % M成分
症	見	乳房X線検査 (内外斜位方向)  (頭尾方向)  所見 右 左 腫瘍 () () 石灰化 () () 局所的非対称性陰影 () () 構築の乱れ () () その他 () () 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 <input type="checkbox"/> NILM (微生物) <input type="checkbox"/> NILM (その他の非腫瘍性所見) 扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ASC-US (極度扁平上皮内病変疑い) <input type="checkbox"/> ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) <input type="checkbox"/> LSIL (HPV感染) <input type="checkbox"/> LSIL (軽度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL (中等度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL (高度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL (上皮内癌) <input type="checkbox"/> SCC (扁平上皮癌) 腺系異常 <input type="checkbox"/> AGC (腺癌型、腺癌疑い) <input type="checkbox"/> AIS (上皮腺癌) <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma (腺癌) <input type="checkbox"/> other (その他の癌) 【クラス分類】 I・II・III (IIIa・IIIb) ・IV・V 子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 []				
		判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	異常認めず 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査
特に記すべき医師の意見							
実施場所							
実施機関名							
担当医師名							

様式第四号（三）（第十一条関係）

整理番号		健康診断個人票（精密検査用）										
検査 課目	ふりがな			性	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	被爆者 健康手 帳番 号	
	氏名			別								
内 外	居住地	東京都		区市		郡						
眼 その他	被爆地	爆心地から		約キロメートル		法第1条に よる区分		第1号・第2号 第3号・第4号				
被爆 の事 情	第1号該 当者の 爆発の 状況	屋内	木造・コンクリート・石造		屋内	遮蔽の有・無						
	被爆直 後の行 動（お おむ ね 3週 間以 内）											
既 往 症												
現 症	(理学的検査)											

様式第四号（三）（第十一条関係）

（臨床病理学的検査）												
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
現 症 的 検 査	血 液 学 的 検 査	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血液学的検査 （白血球百分比 （％）） 尿検査	好中球				
		赤血球数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³		桿状核				
		ヘモグロビン	g/dℓ	g/dℓ	g/dℓ	g/dℓ		分葉核				
		ヘマトクリット	％	％	％	％		好酸球				
	網状赤血球数	％	％	％	％	好塩基球						
	血小板数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	単球						
						リンパ球						
						リンパ芽球						
	ヘモグロビンA1c	％	％	％	％	後骨髄球						
						骨髄球						
						前骨髄球						
	AST	IU/ℓ	IU/ℓ	IU/ℓ	IU/ℓ	骨髄芽球						
	ALT	IU/ℓ	IU/ℓ	IU/ℓ	IU/ℓ	形質細胞						
	γ-GTP	IU/ℓ	IU/ℓ	IU/ℓ	IU/ℓ							
						混濁						
					蛋白質							
					糖							
CRP	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	mg/dℓ	ウレチン/ネグ							
血圧値	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	潜血							
そ の 他 の 検 診	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日					
判 定	異常の有無及び異常のあるときは、その症状又は診断名			有 ・ 無 ()	有 ・ 無 ()	有 ・ 無 ()	有 ・ 無 ()					
	治療の要否			(入院) 要 ・ 否 (入院外)	(入院) 要 ・ 否 (入院外)	(入院) 要 ・ 否 (入院外)	(入院) 要 ・ 否 (入院外)					
特に記すべき医師の意見												
実施場所												
実施機関名												
担当医師名												