

第二種健康診断特例区域 治療支援事業について

第二種健康診断特例区域治療支援事業の概要

これまで、長崎県及び長崎市は厚生労働省からの委託事業として、被爆体験を原因とする精神疾患（PTSD等）及びその合併症について、本人自己負担分の医療費を支給する被爆体験者精神影響等調査研究事業を行ってきました。

事業開始から20年以上が経過し、対象者の平均年齢も85歳を超え、多くの方が身体的健康度の低下に伴う、様々な疾病を抱えて長期療養を要している状況であることから、**全ての第二種健康診断受診者証を所持されている方を対象**として、幅広い一般的な疾病について**令和6年12月から被爆者と同等の医療費助成を行う事業**が創設されました。

第二種健康診断特例区域及び第二種健康診断受診者証とは

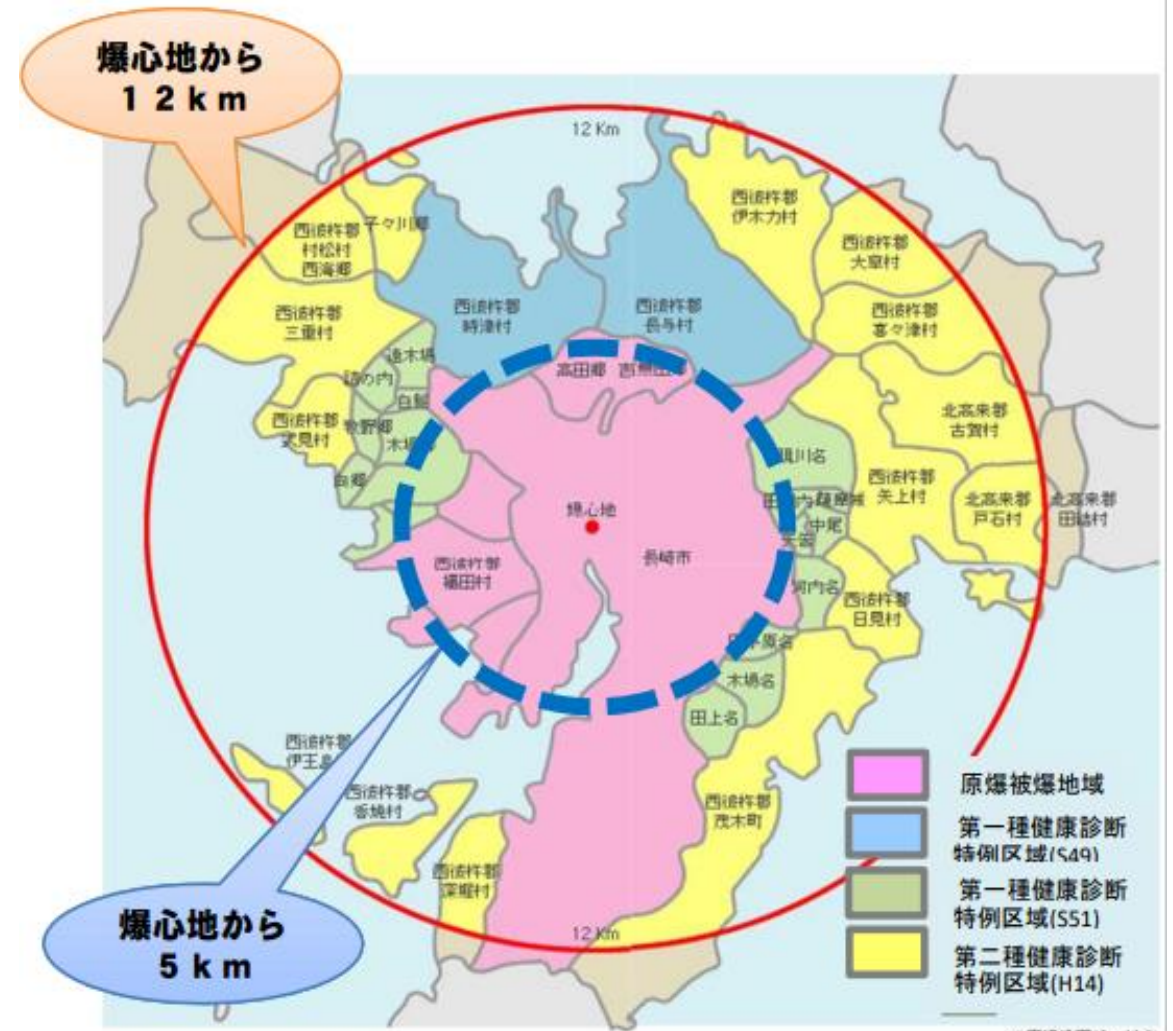
●第二種健康診断特例区域

原爆投下当時に、右図の黄色  の地域に居た方

●第二種健康診断受診者証

年度に1回 健康診断を無料で受診できる

なお、第二種健康診断受診者証の交付は
各都道府県および長崎市・広島市が担当
窓口となります



医療費の助成の対象となる疾患について

	第二種健康診断特例区域治療支援事業	被爆体験者精神影響等調査研究事業
医療費助成の対象疾病	・ 原子爆弾投下以前にかかった精神疾患、遺伝性疾病、先天性疾病、軽い虫歯を除く全ての疾病	・ 精神疾患とその合併症 ・ 一部のがん（胃、大腸、肝、胆嚢、膵、乳、子宮体）
精神科の受診要件	・ 不要	・ 必要（申請時及び毎年1回）

但し、令和6年12月からは不要となりました

第二種健康診断特例区域医療受給者証の 申請手続きについて

申請手続きに必要な書類

- ① 第二種健康診断特例区域医療受給者証用診断書（様式第3号）
※ 11種類の障害のいずれかを伴う疾病にかかっている
ことがわかる所定の診断書
- ② 第二種健康診断特例区域医療受給者証交付申請書兼同意書（様式第2号）
※ 申請書（表面）／ 同意書（裏面）
- ③ 第二種健康診断受診者証の写し（氏名等記載ページ）

申請手続きに必要な書類 ①

第二種健康診断特例区域医療受給者証用診断書（様式第3号）

※ 11種類の障害のいずれかを伴う疾病にかかっていることがわかる所定の診断書

－ 11種の障害 －

- | | |
|-----------------|---------------------------------|
| ① 造血機能障害 | （再生不良性貧血、鉄欠乏性貧血など） |
| ② 肝臓機能障害 | （肝硬変など） |
| ③ 細胞増殖機能障害 | （悪性新生物など） |
| ④ 内分泌腺機能障害 | （糖尿病、甲状腺機能低下症、甲状腺機能亢進症など） |
| ⑤ 脳血管障害を伴う疾病 | （くも膜下出血、脳出血、脳梗塞など） |
| ⑥ 循環器機能障害 | （高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患など） |
| ⑦ 腎臓機能障害 | （ネフローゼ症候群、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎など） |
| ⑧ 水晶体混濁による視機能障害 | （白内障など） |
| ⑨ 呼吸器機能障害 | （肺気腫、慢性間質性肺炎、肺線維症など） |
| ⑩ 運動器機能障害 | （変形性関節症、変形性脊椎症など） |
| ⑪ 潰瘍による消化器機能障害 | （胃潰瘍、十二指腸潰瘍など） |

なお、診断書の費用は自己負担となりますのであらかじめご了承ください

診断書について

様式第3号

診 断 書 (第二種健康診断特例区域医療受給者証用)

氏 名				生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日 生	性 別	男・女		
※1 障害の種類	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 消化器機能障害 4 内分泌機能障害	5 脳血管障害 6 循環器機能障害 7 腎臓機能障害 8 光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 循環による消化器機能障害							
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称										
上欄の疾病が、伝染病、寄生虫病、先天異常、中毒等である場合は、併発疾患、不慮の事故によるものである場合はその旨の意見										
※3 現 症	理 学 的 診 断	心 臓								
	臨 床 病 理 学 的 診 断	運 動 器								
		血 液 検 査 (年 月 日)	赤血球数	g/dl	正常値	×10 ¹² /mm ³	白血球数	%		
			白血球数	/mm ³	正常値	約 4,000	血小板数	×10 ⁴ /mm ³	正常値	約 150,000
			血小版数	×10 ⁴ /mm ³	正常値	約 150,000	血漿カクテル	ml/dl		
			(寄 動)	×10 ⁴ /mm ³	正常値	約 150,000	血漿カクテル	ml/dl		
		肝 臓 検 査 (年 月 日)	有精細胞数	×10 ⁴ /mm ³	正常値	約 150,000	γ-GTP	U/L		
			血清総蛋白	g/dl	A/G 比	A/L 比	B/L 比	γ-GTP	U/L	
			A/G 比	A/L 比	A/L 比	B/L 比	γ-GTP	U/L		
			ビリルビン	mg/dl	L/D 比	B/L 比	γ-GTP	U/L		
		心 臓 検 査 (年 月 日)	ヘモグロビンA1c	%			心臓カクテル	ml/dl		
			心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	
			心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	
			心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	
		心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	
心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)		心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)		心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)		心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			
	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)	心 臓 検 査 (年 月 日)			

以上のとおり、診断します。

和 平 年 月 日

医 療 機 関 名 称
所 在 地
医 師 氏 名

所定の診断書の提出が必要です

※まずは、主治医に該当する診断名があるか相談してください

診断書の作成について①

様式第3号

診 断 書（第二種健康診断特例区域医療受給者証用）

氏 名			生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日生	性別	男・女
※1 障害の種類	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				
※2 上欄の障害を伴う疾病の名称							
上欄の疾病が、伝染病、寄生虫病、先天異常、中毒等である場合又は							

11種類の障害のいずれかを伴う疾病にかかっている方が対象となります

※ 1 は該当する障害に○を付けてもらってください

※ 2 は※ 1 で記載した疾病の名称を記入してもらってください

診断書の作成について②

障害の種類	必要な検査項目
(1) 造血機能障害	1.血色素量 2.赤血球数 3.白血球数 4.血小板数 5.血清鉄 6.白血球分類 7.できれば骨髄像
(2) 肝臓機能障害	肝機能検査項目の2つ以上（同系列でないもの）
(3) 細胞増殖機能障害	1.手術の有無（摘出術の期日） 2.病理組織診断 3.X線などの映像所見 4.内視鏡検査所見 5.理学的検査所見（臨床所見）
(4) 内分泌腺機能障害	1.T3、T4 2.尿検査、血糖値、できれば眼底所見
(5) 脳血管障害	1.血圧値 2.神経機能検査 3.脳出血、脳発作の期日 4.できれば眼底所見
(6) 循環器機能障害	1.胸部X線所見（心胸比記入） 2.血圧値 3.心電図所見（誘導部位記入） 4.できれば眼底所見
(7) 腎臓機能障害	1.腎機能検査項目の1つ以上 2.尿検査 3.尿沈渣
(8) 水晶体混濁による視機能障害	1.眼科学的検査 2.現症所見
(9) 呼吸器機能障害	1.胸部X線所見 2.理学的検査所見（臨床所見） 3.肝機能検査
(10) 運動器機能障害	1.運動器X線所見 2.理学的検査所見（臨床所見）
(11) 潰瘍による消化器機能障害	内視鏡検査、又はX線所見

診断書の作成について③

※3 現 症	理 学 的 検 査	心 音										
		肺 野										
		腹 部										
		運 動 器										
	※3 臨 床 病 理 学 的 検 査	血 液 検 査 (年 月 日)	(末梢血液)									
			血色素量	g/dl		赤血球数	×10 ¹² /mm ³		網赤血球	%		
			白血球数	/mm ³		顆粒球数	/mm ³		病的細胞	%		
			血小板数	×10 ⁴ /mm ³		血清鉄	μg/dl		血清カルシウム	mEq/l		
			(骨 髄)									
			有核細胞数	×10 ⁴ /mm ³		巨核球数	/mm ³		リンパ球	%		
			E / M									
		肝 能 能 検 査 (年 月 日)	血清総蛋白	g/dl		A S T	IU/l		γ-GTP	U/l		
			A / G 比			A L T	IU/l					
			ビリルビン	mg/dl		L D H	IU/l		IC G (15分値)	%		
		ヘモグロビンA1c	%									
症	尿 検 査 (年 月 日)	混濁			蛋白	1 陽性 2 陰性						
		糖	1 陽性 2 陰性		クロビリノーゲン	1 増加 2 正常 3 減少						
		糞便潜血反応検査 (年 月 日)	() 法 1 陽性 2 陰性									
		腎 能 能 検 査 (年 月 日)	P S P (15分値)		%		濃縮試験最高尿比重					
		基礎代謝測定 T S H (年 月 日)										
	血 糖 測 定	空腹時 (年 月 日)	mg/dl									
		糖負荷試験 (年 月 日)	負荷前	後 60 分		後 120 分						
		肺 能 能 検 査 (年 月 日)	肺活量	cc		肺活量比(%VC)	%		一秒率	%		
		組織病理診断 (年 月 日)	(組織名)									
		血 圧 測 定 (年 月 日)	最大		mmHg		最小	mmHg				
其 他 の 検 査	X 線 検 査	胸 部 (年 月 日)				腹 部 (年 月 日)				運 動 器 (年 月 日)		
		(肺又は心臓)										
		心電図 (年 月 日)	ST変化			T変化			不整脈	その他		
		内視鏡検査 (年 月 日)	(組織名)									
	眼科所見	水晶体混濁の有無 (年 月 日)	1 有 2 無									
		水晶体混濁の性状 (年 月 日)										
水晶体混濁の発生に関し特記すべき事項												
	視力検査 (年 月 日)	右 (×)	左 (×)									
	聴覚機能検査 (年 月 日)	四肢の麻痺	1 有 2 無		言語障害	1 有 2 無		その他				
	その他特記すべき事項											
以上のとおり、診断します。 令和 年 月 日												
医療機関名称 所在地 医師氏名												

検査項目は、※ 1 および※ 2 で記載した疾病に関する検査項目があれば結構です（全ての項目の検査は不要です）

疾病の状態を最もよく表している検査結果を詳しく記入してもらってください

「その他の特記すべき事項」については記載すべきところがあれば記載してもらってください

申請手続きに必要な書類 ②

第二種健康診断特例区域医療受給者証交付申請書兼同意書（様式第2号）

申請書（表面）

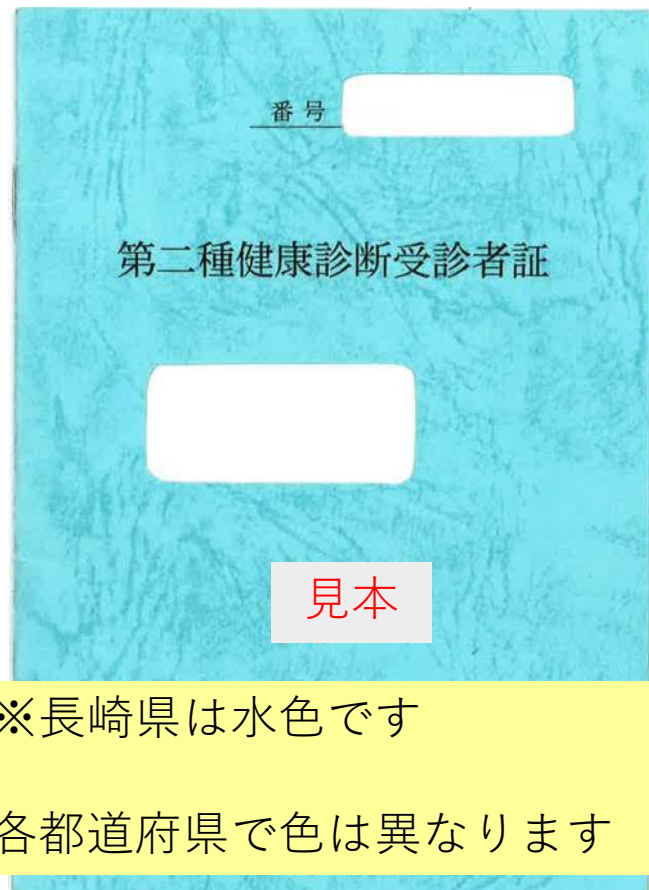
表	
様式第2号	
第二種健康診断特例区域医療受給者証交付申請書	
(ふりがな) 氏 名	明治 大正 昭和 年 月 日 生
居 住 地	郵便番号 電話番号 ()
第二種健康診断受診者の番号	
上記のとおり、第二種健康診断特例区域医療受給者証の交付を受けたく、関係書類を添えて申請します。	
令和 年 月 日 申請者 長崎県知事（長崎市長） 様	
添付書類 この申請書には、診断書（第二種健康診断特例区域医療受給者証表）を添えてください。	
(A列4番)	

同意書（裏面）

裏	
(表)	
同 意 書	
〇同意事項	
1. 保険者又は医療機関等が保有している治療等（介護サービス又は介護予防サービスを含む）の内容及び状況の調査	
2. 第二種健康診断特例区域治療支援事業以外の制約による医療費（高額療養費及び福祉医療費等）の給付状況の調査及び提供	
3. 「匿名化した診療報酬明細書データによる対象疾患と調査対象疾病の関連性」等の調査及びデータ提供	
上記の項目に同意いたします。	
令和 年 月 日	
受給者氏名	
〈代筆者〉	
住 所	
氏 名	
本人との続柄	
長崎市長（長崎県知事） 様	

申請手続きに必要な書類 ③

第二種健康診断受診者証の写し（氏名等記載ページ）



※長崎県は水色です

各都道府県で色は異なります

第 号

見本

長崎県知事

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

このページを
コピーしてください

受給者証交付までの流れ

申請書類の提出（長崎県へ直接郵送または市町担当課窓口へ提出）

申請

提出書類に不備等があれば、お問い合わせいたします

第二種健康診断特例区域医療受給者証審査会の実施

認定

新しい受給者証は簡易書留にて
原則住民票上のご住所へ送付
いたします

引き続きご利用いただけます
※年1回以上の精神科受診は
不要となります
(令和6年12月から)

被爆体験者精神医療受給者証
所持者

被爆体験に基づく精神疾患がある方
精神医療受給者証交付希望者は申請
書を送付しますので、お問い合わせ
ください

却下

被爆体験者精神医療受給者証
未所持者

被爆体験に基づく精神疾患
がない方
11種の障害を伴う疾病に
り患した際に申請が可能です

償還払い申請について

－交付日が令和7年3月31日までの方－

令和6年12月から第二種健康診断特例区域医療受給者証が届くまでの間に医療機関を受診された方について、窓口でお支払いした自己負担分の医療費は**新しい受給者証が交付されてから償還払い申請が可能です。領収書等は捨てずに保管しておいてください。**

－償還払い申請に必要な書類－

- ・医療費支給申請書
- ・領収書
- ・レセプト（診療報酬明細書、調剤報酬明細書など）
- ・振込口座の写し

－交付日が令和7年4月1日以降の方－

交付日以降、医療費の助成が受けられるようになります。

償還払い申請についてご不明な点があればお問い合わせください

手続きの説明については以上となります
ご不明な点は下記までご連絡ください

長崎県原爆被爆者援護課 保健医療班
095-895-2475