

大腸がん検診 申し込みご案内

対象者と検診料

対象者	年 齢 (平成 29 年 2 月 28 日現在の満年齢)	検診料
神戸市内にお住まいの 会員及びその配偶者(※1)	40歳以上の方	無 料
	39歳以下の方	700円
神戸市外にお住まいの 会員及びその配偶者(※2)	年齢問わず	700円

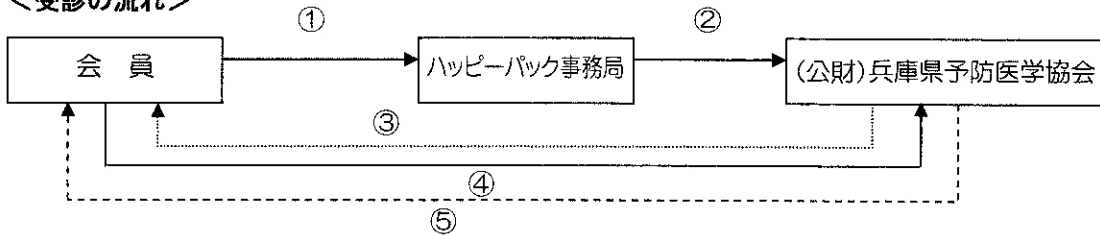
(※1) 神戸市から「40歳総合健診受診券」が届いた方はそちらをご利用ください。

(※2) お住まいの市町村で無料受診できる場合があります。詳しくはお住まいの市町村でご確認ください。

申込期間：平成28年11月1日(火)～平成29年2月28日(火) (締切厳守)

検査方法：便潜血検査2日法

<受診の流れ>



- ① 下記の申込書に記入し、郵便またはFAXでハッピーバック事務局宛へ申込。
(ハッピーバックホームページの会員サイト内「人間ドック・検診」からもお申込み可能)
- ② ハッピーバック事務局で申し込みを取りまとめ、(公財)兵庫県予防医学協会に検診申込者の「住所・氏名・生年月日・性別・電話番号」を送付。(この個人情報は検診以外には使用しません)
- ③ 予防医学協会から会員宛にライターの形をした採便容器等を郵送。
※申込期間当初は申込が集中するため、お手元に届くまで1ヵ月程度かかる場合があります。
- ④ 会員は容器の中に入っている棒で便をこすりとり、検診受診票と予防医学協会宛に返送(2日分)。
※神戸市外在住または39歳以下の方は、このときに700円分の郵便切手を同封してください。
(誤って共済に郵便切手を送付された場合、原則返却はできませんので、共済には絶対に送らないでください。)
- ⑤ 検査結果を会員宛郵送(2週間以内)。

きりとりせん

大腸がん検診申込書(※氏名には必ずフリガナを) ご記入ください。



企業番号		企業名	
会員番号		フリガナ 氏 名	
性 別	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
自宅住所	〒 _____ (自宅TEL _____)		

※配偶者の方が受診する場合は以下もご記入ください

<input type="checkbox"/> 一緒に受診 <input type="checkbox"/> 配偶者のみ受診 ←いずれかに○を付けてください			
フリガナ 配偶者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

申込先：〒651-0096 神戸市中央区雲井通5丁目3番1号 サンプル10階 神戸市勤労者福祉共済

TEL 078-231-8189 / FAX 078-231-8316

(コピーしてお使いください)