

# 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31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	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(※)	年齢問わず	700円

(※) 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30年11月1日(木)～平成31年2月28日(木)(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でハッピーパック事務局宛へ申込。  
(ハッピーパ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 ハッピーパ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、検診受診表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)。

### 【対象外】

- ㊦ 今年度、神戸市大腸がん検診を受診された方
- ㊧ 神戸市から『40歳総合健診受診券』が届いた方

----- 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	
性別	男・女	氏名	( )歳
生年月日	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。			申込人数
・一緒に受診 ・配偶者のみ受診 ←いずれかに○を付けてください			名
フリガナ		生年月日	大・昭・平 年月日
配偶者氏名	( )歳		

申込先: 〒651-0096 神戸市中央区雲井通5丁目3番1号 サンパル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)