

# 大腸がん検診 申し込みご案内

## 対象者と検診料

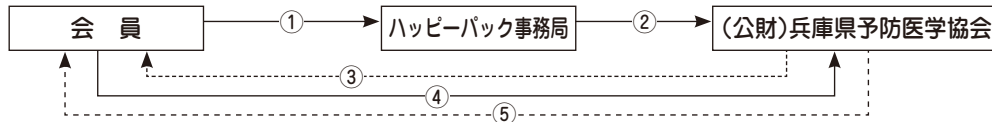
| 対象者                    | 年齢<br>(平成31年2月28日現在の満年齢) | 検診料  |
|------------------------|--------------------------|------|
| 神戸市内にお住まいの会員及びその配偶者    | 40歳以上の方                  | 無料   |
|                        | 39歳以下の方                  | 700円 |
| 神戸市外にお住まいの会員及びその配偶者(※) | 年齢問わず                    | 700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

きりとせせん

## 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。



神戸市勤労者福祉共済制度

|                                 |                  |      |           |
|---------------------------------|------------------|------|-----------|
| 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)