

「大腸がん検診」申込み受付のご案内

対象者と検診料

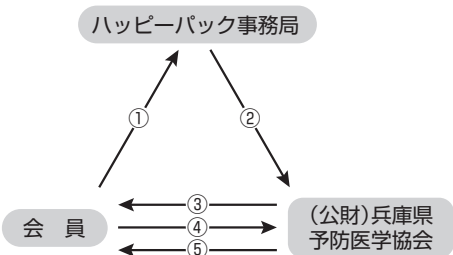
対 象 者	年 齢（2026年3月末日現在の満年齢）	検診料
神戸市内にお住まいの会員およびその配偶者	40歳以上の方	無 料
	39歳以下の方	1,000円
神戸市外にお住まいの会員およびその配偶者（※）	年齢問わず	1,000円

（※）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にご確認ください。

〈検査方法〉 便潜血検査2日法      〈検査機関〉 （公財）兵庫県予防医学協会  
〈申込期間〉 2025年10月1日（水）～2026年2月28日（土）（締切厳守）

【次に該当する方は対象外となります】 ㊦今年度、神戸市大腸がん検診を受診された方  
①神戸市から無料で受診できる『40歳総合健診受診券』が届いた方

〈受診方法〉



- ①ハッピーバックホームページの会員専用サイト内「人間ドック・検診」から、または下記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み。
- ②ハッピーバック事務局で申込みを取りまとめ、(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、大腸がん検診以外には使用しません。)
- ③(公財)兵庫県予防医学協会から会員宛に採便容器等を郵送。  
※申込期間当初は申込みが集中するため、お手元に届くまで1か月程度かかる場合があります。  
※神戸市外在住または39歳以下の方は検診料の払込用紙が同封されますのでゆうちょ銀行・郵便局にてお振込ください。(振込手数料は申込者にてご負担ください)
- ④検体は説明書にしたがって、検診受診票を添えて(公財)兵庫県予防医学協会宛に返送（2日分）
- ⑤検査結果を会員宛に郵送（2週間以内）  
※神戸市外在住または39歳以下の方は検診料の入金確認後の郵送になります。

※「大腸がん検診申込書」はハッピーバックホームページからもダウンロード可能です。

大腸がん検診申込書

〒650-0044

申 込 先 神戸市中央区東川崎町1丁目8番4号 神戸市産業振興センター 1階  
神戸市勤労者福祉共済



TEL 078-381-5681

FAX 078-381-5682

(※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				
		フリガナ				
会員番号		会員名				
性 別	男 ・ 女	生年月日	西暦	年	月	日 歳
自宅住所	〒 - (携帯または自宅TEL - - )					
いずれかに☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 会員本人のみ受診(申込者1名) <input type="checkbox"/> 配偶者のみ受診(申込者1名) <input type="checkbox"/> 一緒に受診(申込者2名) ※配偶者の方が受診する場合は以下もご記入ください。						
フリガナ			生年月日	西暦	年	月 日 歳
配偶者名						