

神戸市がん検診無料受診券 発行申請書

私は、神戸市がん検診無料受診対象者であることを申し出ますので、神戸市において無料受診券交付事由（市民税非課税の世帯、または、均等割りのみ課税の世帯）を市民税の課税台帳や住民基本台帳等により確認することに同意します。

同意する 同意しない

※いずれかに✓してください。✓がない場合は同意したものとみなします。

※同意されない場合は、無料受診券を交付できませんので、ご了承ください。

フリガナ			
氏名			
性別	男・女	生年月日	西暦 年 月 日(歳)
電話番号	— — *申請に不備があった際にはこちらへ連絡します		
住民票の住所	〒 - 神戸市 区		
*住民票をおいている住所以外に送付をご希望の場合は、以下に送付先住所を記入してください。			
送付先住所	〒 - 神戸市 区		
*「氏名」欄以外の方が宛先となる場合は、以下にお名前を記入してください。			
宛名となる方の氏名			

希望する種類の無料受診券に✓してください。

無料受診券の種類	対象者(年齢は年度末時点)
<input type="checkbox"/> 胃がん検診(バリウム検査)	40歳以上の方※
<input type="checkbox"/> 胃がん検診(内視鏡検査)	50歳以上の偶数年齢の方※
<input type="checkbox"/> 肺がん検診	40歳以上の方
<input type="checkbox"/> 大腸がん検診	40歳以上の方
<input type="checkbox"/> 乳がん検診	40歳以上で偶数年齢の女性
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	20歳以上で偶数年齢の女性

※神戸市の制度を使って胃内視鏡検査を受診した翌年は、バリウム検査・胃内視鏡検査ともに受診できません。

～注意事項～

・同じ年度内に、同一のがん検診(胃がん検診の場合はバリウム検査、内視鏡検査いずれも)を受診することはできません。

・後日、重複受診が判明した場合は、検診にかかった費用を請求する場合があります。