2026 年度

子宮頸がん検診
無料クーポン

交付年月日： 2026 年 4 月 30 日

有効期限	2027 年 3 月 31 日

氏名：□□□□□□□

生年月日：S00 年 00 月 00 日

住所：〒000-0000　□□□□□□

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

市区町村番号	000000
受診券番号	000000

神戸市役所

＜ 注意事項 ＞

【受診者の方へ】

◉有効期限が切れたクーポンは使用できません。
◉このクーポンの売買、第三者への譲渡はできません。
◉このクーポンを紛失された場合は、有効期限内であれば再発行します。
◉このクーポンに記載された住所・氏名等に変更がある場合は、受診の際に変更後の住所・氏名が記載された書類をご提示ください。
◉受診日に神戸市外へ転出されている方は、このクーポンは使用できません。

【指定医療機関の方へ】

◉このクーポンを受け取った日の翌月 10 日までに本券を記録票（請求用）に添付のうえ、神戸市医師会に送付してください。
◉このクーポンが提出された場合は、本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証など）で必ず本人確認を行ってください。

＜ 問い合わせ先：神戸市 健康局 保健所保健課 078-322-6515 ＞

西　　暦	年　　月　　日
検診機関名	
住　　所	
代 表 者	

医療機関使用欄

受診券番号	000000
交付年月日	2025 年 00 月 00 日
氏　　名	□□□□□□
生 年 月 日	H00 年 00 月 00 日
住　　所	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□