

☆対象 KPC 会員ご本人

コース	A コース	B コース
検査項目  ※検査項目は、医療機関によって異なる場合があります。	1. 診察 2. 問診 3. 胸部 X 線撮影 4. 尿検査(糖、蛋白) 5. 血圧測定 6. 身長・体重・腹囲・視力 7. 聴力(1000Hz、4000Hz) 8. 貧血検査(血色素量、赤血球数) 9. 肝機能検査 10. 血中脂質検査(LDL コレステロール、HDL コレステロール、トリグリセライド) 11. 血糖 12. 心電図検査	1. 診察 2. 問診 3. 胸部 X 線撮影 4. 尿検査(糖、蛋白) 5. 血圧測定 6. 身長・体重・視力及び聴力(会話)  ※産業医等の指導がない場合は、A コースをおすすめします。

☆受診期間 2019 年 4 月 ～ 2020 年 1 月末  
※上記受診期間を過ぎる場合は、KPC までお問い合わせ下さい。

☆受診料金	受診料金	KPC 補助金
A コース	受診医療機関による	1000 円
B コース	受診医療機関による	500 円

※医療機関からは KPC 補助金を差し引いた金額が請求されます。

☆受診方法 裏面のお申込書により郵便または FAX にて KPC 事務局まで受診前にお申込下さい。  
受診日などの打ち合わせは、希望する医療機関へ直接お問い合わせ下さい。  
\*料金は受診後に各医療機関にてご精算ください。  
\*会員料金での受診は年度内 1 回に限ります。 \*KPC の FAX 番号は 2/25 より変更します。

☆KPC 指定医療機関(下記の機関にてご受診ください)

医療機関名	所在地	TEL
京都鞍馬口医療センター	京都市北区小山下総町 27	075-441-6101
社会(医)太秦病院附属うずまさ診療所	京都市右京区太秦帷子ヶ辻町 30 番地 4	075-863-5553
(医)大澤会大澤クリニック	京都市中京区錦小路通東洞院東入る西魚屋町 617	075-256-7355
(公財)京都健康管理研究会中央診療所	京都市中京区三条通高倉東入栴屋町 58	075-211-4503
(一財)京都工場保健会	京都市中京区西ノ京北壺井町 67	0120-823-053
(一財)京都工場保健会宇治支所	宇治市広野町成田 1 番地 7	0774-48-1270
(一財)京都予防医学センター	京都市中京区西ノ京左馬寮町 28	075-811-9137
(医)大和英寿会大和健診センター	京都市中京区烏丸通御池下がる(太陽生命御池ビル 7.8.9 階)	075-256-4141
(医)啓信会京都四条診療所健康管理センター	京都市下京区醒ヶ井通四条下高野堂町 412 番地	075-361-3400
(医)財団康生会武田病院健診センター 宇治武田病院健診センター	京都市下京区塩小路通西洞院東入る(日本生命京都三哲ビル 3 階) 宇治市宇治里尻 36-26	075-746-5100
(医)朋友会 鳥羽健診クリニック	京都市伏見区下鳥羽六反長町 109	075-603-6000
(一財)京都労災援護財団京都城南診療所	京都市伏見区竹田真幡木町 115	075-623-1113
社会(医)弘仁会大島病院	京都市伏見区桃山町泰長老 115	075-622-0701
(医)社団洛和会 洛和会音羽病院	京都市山科区音羽珍事町 2	075-593-7774
(医)啓信会京都きづ川病院健康管理センター	城陽市平川西六反 26-1	0774-54-1116
(医)財団康生会山科武田ラクト健診センター	京都市山科区竹鼻竹ノ街道町 92 番地 山科ラクト C301	075-746-5100
(医)財団康生会柳馬場武田クリニック	京都市中京区井筒屋町 407 番地シティーハウス 407、1F	075-213-2216
(医)同仁会(社団)同仁会クリニック/京都九条病院	京都府京都市南区唐橋羅城門町 30 京都メディックスビル 1F	075-691-7756
(一社)京都微生物研究所付属診療所	京都市山科区川田御出町 3-4	075-593-1443
(医)正信会 ほうゆう病院	城陽市寺田垣内後 43-4	0774-53-8100

※京都府北部地域の方、京都府外の営業所等にお勤めの方は、KPC 事務局までお問合せ下さい。

## 定期健康診断(A コース)申込書

企業番号		企業名					
所在地	〒			担当者			
TEL		FAX		希望する健診月	月	*印は医療機関の記入欄です。	
No.	個人番号	氏名(フリガナも必ずご記入ください)	性別	生年月日	* 受診日	備考	
1				. .	. .		
2				. .	. .		
3				. .	. .		
4				. .	. .		
5				. .	. .		
6				. .	. .		
7				. .	. .		
8				. .	. .		
9				. .	. .		
10				. .	. .		
指定医療機関 希望機関に○をつけてください。		申込者合計 _____ 名			*受診者数		
1 京都鞍馬口医療センター 2 うずまさ診療所 3 大澤クリニック 4 中央診療所 5 京都工場保健会 6 京都予防医学センター 7 大和健診センター 8 京都四条診療所 9 武田病院健診センター 10 鳥羽健診クリニック 11 京都市城南診療所 12 大島病院 13 洛和会音羽病院 14 京都さづ川病院 15 山科武田ラクト健診センター 16 柳馬場武田クリニック 17 同仁会クリニック/京都九条病院 18 京都微生物研究所 19 ほうゆう病院		KPC 補助金			申込済	申込者数	
		会 員 : 1000 円 × _____ 名 = _____ 円				未受診者数	
		会員外 : _____ 名			KPC 補助金 _____ 円	受診者数	
						申込外受診者数	
					合 計		
<b>健康診断の項目[B コースに加えて]</b> 貧血検査(血色素量、赤血球数)・肝機能検査・血中脂質検査・血糖・心電図検査・聴力検査(オーディオメーター)・特定健康診査							
<b>お願い ☆2019 年 2 月 25 日以降にFAXにてお申し込みください。</b> ○お申込みいただいた方は、極力お早めに受診してください。 ○受診者はできるだけ 50 音順にご記入いただきますようお願いいたします。							
締切日: 2020 年 2 月    申込先(FAX): 075-361-1101							

## 定期健康診断(B コース)申込書

企業番号		企業名					
所在地		〒		担当者			
TEL		FAX		希望する健診月	月		
*印は医療機関の記入欄です。							
No.	個人番号	氏名(フリガナも必ずご記入ください)	性別	生年月日	* 受診日	備考	
1				. .	. .		
2				. .	. .		
3				. .	. .		
4				. .	. .		
5				. .	. .		
6				. .	. .		
7				. .	. .		
8				. .	. .		
9				. .	. .		
10				. .	. .		
指定医療機関 希望機関に○をつけてください。			申込者合計 _____ 名		*受診者数		
1 京都鞍馬口医療センター 2 うずまさ診療所 3 大澤クリニック 4 中央診療所 5 京都工場保健会 6 京都予防医学センター 7 大和健診センター 8 京都四条診療所 9 武田病院健診センター 10 鳥羽健診クリニック 11 京都城南診療所 12 大島病院 13 洛和会音羽病院 14 京都きづ川病院 15 山科武田ラクト健診センター 16 柳馬場武田クリニック 17 同仁会クリニック/京都九条病院 18 京都微生物研究所 19 ほうゆう病院			KPC 補助金		申 込 済	申込者数	
			会 員 : 500 円 × _____ 名 = _____ 円			未受診者数	
			会 員 外 : _____ 名			受診者数	
			KPC 補助金 _____ 円		申込外受診者数		
			健康診断の項目		合 計		
胸部 X 線撮影・尿検査・血圧・身長・体重・視力・聴力・問診(医師の判断により A コースを受診していただくことがあります)							
<b>お願い ☆2019 年 2 月 25 日以降にFAXにてお申し込みください。</b> ○お申込みいただいた方は、極力お早めに受診してください。 ○受診者はできるだけ 50 音順にご記入いただきますようお願いいたします。							
締切日: 2020 年 2 月 申込先(FAX): 075-361-1101							