

平成 30 年度 KPC 人間ドック補助申込書

お申込日 年 月 日

企業番号		企業名		健 担 当 者	
所在地	〒				
TEL		FAX			
個人番号	氏名(フリガナ)	続柄	生年月日	医療機関・コース (名称をご記入ください)	受診希望日
				医療機関	
				コース	
				医療機関	
				コース	
				医療機関	
				コース	
				医療機関	
				コース	

【受付締切日】平成 30 年 12 月末
 【定 数】200 人
 【注 意】
 ●補助対象は、KPC にご登録されている会員ご本人様のみです。
 ●医療機関によって優待の対象範囲や優待内容は異なりますので、KPC ホームページをご確認下さい。

◆KPC 会員向け優待料金がある医療機関◆	
対象医療機関	優待対象コース
社会(医)太秦病院附属うずまさ診療所	半日人間ドック
(公財)京都健康管理研究会中央診療所	人間ドック
(一財)京都工場保健会	半日デラックスコース
(一財)京都予防医学センター	半日デラックスコース
(医)大和英寿会大和健診センター	全コース
(医)啓信会京都四条診療所健康管理センター	半日人間ドック
(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	1 日コース・2 日コース・脳ドック
(医)朋友会鳥羽健診クリニック	日帰り人間ドック A コース
(医)社団洛和会 洛和会音羽病院	半日ドック・脳ドック・肺ドック
(医)啓信会京都きづ川病院	半日人間ドック・脳ドック
(医)同仁会(社団)同仁会クリニック/京都九条病院	シンプルドック・スタンダードドック・ 脳ドック・婦人科ドック

●補助金額
 会員お一人 1,000 円
 *受診は年度内 1 度のみ

●優待料金
 KPC ホームページをご確認ください。

*事務局処理欄

No.	担当印

※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。