

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	性別	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】令和 6 年 1 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。
- 優待につきましては、対象範囲や優待内容は各医療機関で異なりますので KPC ホームページにてご確認ください。

◆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
(一財)大和松寿会中央診療所	人間ドック
(一財)京都工場保健会総合健診センター	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
(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

●補助金額

会員お一人 1,000 円
*補助は年度内 1 回のみ
(他の健診含む)

●優待内容、料金

詳細については KPC ホームページをご確認ください。

<http://www.kpc.or.jp/medical/>

*事務局処理欄

No.	