

2021年秋期在蘭日本人健康診断ご案内

別紙の実施要項の通り、2021年10月4日(月)～10月8日(金)の5日間に渡って、アムステルラント病院にて2021年秋期在蘭日本人健康診断を実施致します。参加ご希望の事業所および個人の方は、下記の方法で登録手続きをされるようお願い申し上げます。

1. 別添の登録用紙にもれなくご記入の上(1家族1枚)、メール(ファックス可)にてご送信願います。同一企業から多数受診される場合は、窓口となる担当の方が登録用紙を見本に申込者の一覧表を作成されても結構です。それ以外では必ず登録用紙をご使用ください。事業所一括申し込みで複数の登録用紙をまとめてご提出の場合、各用紙に企業名までご記入ください。各受診者宛の送付物(結果報告書、大腸がん検診をお申し込みの場合は健康診断に先立ち便検体採取セット)は事業所の所在地に一括送付し、ご担当者様より配布していただきます。すべてのご連絡は担当者経由でお願い致します。
2. 受診費用は前払いで、予約日時は入金確認順に決定します。登録用紙受領後、請求書・受診者別請求明細書のPDFファイルを送信しますので、内容をご確認の上支払い手続きを行ってください。登録用紙送信後、1週間以内に連絡がなければ、ご一報ください。請求書の宛名は、ご指定がなければ、登録用紙にご記入の企業名となります。個人申込で、家族で加入の保険をご利用の場合、請求書・受診者別請求明細書を1家族に対して1通発行しますので、登録用紙の請求書宛名欄に被保険者名をご記入願います。当院は保険会社と直接のやりとりは一切致しません。保険給付請求に係る文書記入・作成は有償となります(通常必要ありません)。
3. お支払いは下記のオランダ所在の銀行にユーロでお振り込みください。振込手数料が発生する場合はご負担願います。請求事業所名は六本木通りクリニックですが、会計の都合上オランダにおける振込先の口座名義は個人名ですので、ご注意ください。

銀行名・口座番号: ING Bank 4463934

口座名義人: Y Okabe en/of R A du Cloo

口座名義人住所: 2-4-9-2F, Roppongi, Minato-ku, Tokyo, 106-0032 Japan

IBAN: NL23INGB0004463934

BIC: INGBNL2A

入金が請求書発行日より1週間後以降になるときは、予め入金予定日をお知らせ願います。1週間以上の遅れが見込まれる場合、申し込む前にご相談ください。書面によるキャンセルがない限り、未払い扱いとなります。

4. 入金確認後にPAID印済み請求書を送信します。領収書はご希望の旨をお申し出いただいた場合にのみ発行します。領収書と請求書は必ず同じ宛名になり、発行日の日付指定はできません。PAID印済み請求書・領収書はPDFファイルで1回限りご担当者様宛のみに送信し、未着・紛失などで再送する場合、再発行である旨明記されます。

5. 予約日時は入金確認できた順に登録用紙にご記入の第5希望までの時間帯の中で決定し、メールで登録情報をご案内致します。これにて登録完了となります。振込後1週間以内にメールが届かなければ、ご一報ください。

本健康診断は、日本の職場健診や人間ドックに類する医療サービスが無いオランダに日本の医師が出張して、公共病院の協力を得て行っています。病院では受診者の事前登録により受け入れ準備し、募集人数・実施検査件数も限られているため、原則として決定後のご予約の変更・キャンセルはできません。ただし、駐在員の方々が受診しやすいよう、急な出張等調整困難な業務上の理由によるご予約の変更依頼にはできる限り対応致します(ご本人のみ)。それ以外で当院がやむを得ないと認めた事情(家族の不幸を含む)では変更手数料がかかります。健康診断期間の前々週の木曜以前(9月23日以前)まで1名につき€125を請求書発行の上振り込みにて前払い、金曜以降(9月24日以降)€250受診に先立っての当日現金精算となります。同一期間内の変更が不可能な場合、1回に限り次の回に延期できますが、再登録が必要で、変更手数料に事務手数料が加算されます。変更件数が多くなると対応困難になるため、学校関係の理由による学齢者・若年者健診の変更・延期はできず、お子様の送迎などご家庭の都合や体調不良による変更・延期も有償の対応となります(感染症が疑われる場合はこの限りではありません)。変更・延期のご希望は必ず書面で具体的な理由を付してお申し出ください。緊急の場合は書面による事後報告をお願いします。キャンセルによる入金済み費用の払い戻しは一切行いません。

募集期限

8月10日頃の予定です。各時間帯の人数、一部検査の件数に制限があるので、お早めにお申し込みください。大きな事業所で取りまとめに時間がかかる場合は、だいたい的人数で仮申込みをし、登録用紙の提出予定日をご連絡ください。

申し込み・連絡先

六本木通りクリニック* 〒106-0032東京都港区六本木2-4-9-2F <http://www.kenkoshindan.eu>

tel: +81-3-3585-0282 fax: +81-3-3560-7488 e-mail: kenkoshindan@mac.com

*六本木通りクリニックは診療所東京スキンクリニックと連携してメディカルサービスを提供している事業所です。診療所の休診期間中はご対応が若干遅くなる場合があります。休診日は www.tokyo-skin-clinic.com のウェブカレンダーでご確認ください。