

2024年夏期在蘭日本人健康診断ご案内

別紙の実施要項の通り、2024年7月4日(木)～7月9日(火)の6日間、2024年夏期在蘭日本人健康診断を開催します。7月6日(土)に放射線科検査・血液検査(一部受診者)・二次検診尿検査をアムステルラント病院で、他の5日間その他の検査をホテルオークラアムステルダムで実施します。

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記入の上(1家族1枚)、メールでご送信ください。同一企業から多数受診される場合は、ご担当者様が登録用紙を見本に受診者一覧表を作成されても結構です。放射線科検査をお申し込みの場合は、放射線科検査申込用紙も併せてご提出願います。

*事業所一括申し込みで複数の登録用紙をまとめて提出する際は各登録用紙に企業名までご記入ください。受診者宛送付物(事前送付書類・大腸がん検診用便検体採取セットと結果報告書)は事業所の所在地に一括送付しますので、担当者様より各受診者にお渡しください。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す。登録用紙受理後1週間以内に請求書・受診者別請求明細書のPDFファイルを送信しますので、内容を確認の上で支払い手続きをしてください。

*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。2週間以上後になる場合、申し込み前にご相談ください。書面での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回限り担当者様宛に送信し、未着・紛失などで再送する場合、再発行である旨が明記されます。

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、予約日時を含む登録情報をメールでご案内します。これにて登録完了となります。振込手続き後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標準的でないオランダに日本の医師が出張し、公共病院の協力を得て行っています。募集人数・実施検査件数が限られているため、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同一期間内の予約変更にはできる限り対応致します(ご本人のみ)。それ以外の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(延期)手数料がかかり、健康診断初日の前々週末まで(オランダ時間6月22日土曜以前)1名につき€150を振り込みにて前払い、それ以降(オランダ時間6月23日日曜以降)は1名につき€300を当日受診に先立って現金でお支払いいただきます。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、再登録が必要です。学校関係の理由や、お子様の送迎等ご家庭の都合、体調不良による変更・延期には対応できません(感染症が疑われる場合はこの限りではありません)。変更・延期希望は事業所一括申込では担当者経由で、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できるだけ早くお願いします。理由にかかわらず、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

5月20日頃の予定ですが、希望者数により前後し、締め切り後も空き状況の変化で受け付けが可能になる場合があります。各時間帯の人数、検査件数に制限があるので、お早めにお申し込みください。人数の多い事業所で取りまとめに時間がかかる場合、おおよその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

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ことがあります。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。