

# Japan Expat Clinic

## JEC健康診断申し込み用紙

### Aanvraagformulier JEC Health Check

\* 申込者様につき一部ずつご記入ください。 Per aanvraagpersoon een apart aanvraagformulier invullen.

#### 個人登録事項 / Persoonsgegevens

姓 / 名 : ..... / ..... (男 Man / 女 Vrouw)

Achternaam / Voornaam

住所・郵便番号・市 : .....

Adres, postcode, plaats

電話番号 : .....

Telefoonnummer

Eメールアドレス : .....

Emailadres

生年月日 : .....年 jaar.....月 maand.....日 dag

Geboortedatum

BSN nummer : .....

保険会社/番号 : .....

Verzekering bedrijf / Nummer

ホームドクター : .....  いいえ Nee

Huisarts

#### お支払方法 Betalingswijze

当てはまる方にX印をお付け下さい。:

Gelieve aan te kruisen wat voor u van toepassing is:

- 企業が負担するので、請求書を下記の企業所在地へ送付願います。  
Gelieve de factuur naar het hieronder genoemde bedrijf te sturen
- 個人負担なので、健康診断当日その場でPINカード(又は、事前振込み)で  
支払います。 Ik betaal ter plaatse zelf met PIN.

\* 企業が健診費用を負担される場合には、以下もご記入ください。

Onderstaande gegevens alleen invullen indien de factuur van de Health Check naar het bedrijf moet worden gestuurd.

企業名 (日本語) : .....

Volledige bedrijfsnaam

(アルファベット) : .....

所在地 : .....

Adres

郵便番号 / 市 : .....

Postcode en plaats

担当者名 : .....

Contactpersoon

電話番号 : ..... ファックス番号: .....

Telefoonnummer

Faxnummer

Eメールアドレス : .....

Emailadres

健診申し込み者の職務: .....

Functie van aanvrager

JEC ジャパンクリニックでの健康診断は今回が初めてですか?

Is dit uw eerste keuring bij Japan Expat Clinic?  はい Ja  いいえ Nee

今回の健診で、病院オプション検査のご希望はありますか?  はい  いいえ Nee

次ページの健診希望者名簿に、健診を希望される方全員の氏名、生年月日、希望コース、健診希望日又はご都合の悪い日時(木曜日午後または金曜日)をご記入ください。 Onderstaande gegevens invullen voor u en uw familie.

# Japan Expat Clinic

## 健康診断希望者名簿

| ふりがな<br>氏名 Naam            | 性別<br>Geslacht | 生年月日<br>Geboorte datum | 年齢<br>Leeftijd                       | 希望コース<br>aanvraag pakketten |
|----------------------------|----------------|------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| BSN:                       | 男M<br>女F       | 年jaar/<br>月M 日D        |                                      |                             |
| BSN:                       | 男M<br>女F       | 年jaar/<br>月M 日D        |                                      |                             |
| BSN:                       | 男M<br>女F       | 年jaar/<br>月M 日D        |                                      |                             |
| BSN:                       | 男M<br>女F       | 年jaar/<br>月M 日D        |                                      |                             |
| BSN:                       | 男M<br>女F       | 年jaar/<br>月M 日D        |                                      |                             |
| 健診希望日時：<br>Gewenste datum; |                |                        | ご都合の悪い日時：<br>Niet beschikbaar datum: |                             |

| 基本コース Basis pakket                                 | 料金<br>Tarief | O7                            | 甲状腺機能<br>Schildklier functie                                      | €60          |
|--|--------------|-------------------------------|---|--------------|
| VA 成人Aコース<br>Volwassene pakket A                   | €450         | O8                            | 聴力検査(限界聴力) Uitgebreid gehoor test (500Hz, 1000Hz, 2000Hz, 4000Hz) | €60          |
| VB 成人Bコース<br>Volwassene pakket B                   | €600         | O9                            | 胃ABC検診(血清ペプシノゲン/Hピロリ抗体)<br>Maag onderzoek (Pepsinogen & H.pylori) | €150         |
| KA 小児Aコース(2~5歳)<br>Kinderpakket A (2 - 5 jaar)     | €80          |                               |   |              |
| KB 小児Bコース(6~12歳)<br>Kinderpakket B (6 - 12 jaar)   | €160         |                               |   |              |
| KC 小児Cコース(13~18歳)<br>Kinderpakket C (13 - 18 jaar) | €220         | 病院オプション検査 ZH Optionele pakket |   | 料金<br>Tarief |
| オプション検査 Optionele pakket                           | 料金<br>Tarief | H1                            | 胸部X線 (Amstelland病院)<br>X-thorax                                   | €120         |
| O1 女性腫瘍マーカー: CA125<br>Tumormarker vrouw            | €50          | H2                            | 胃内視鏡検査(Amstelland病院)<br>Gastroscopie                              | €480         |
| O2 男性腫瘍マーカー: PSA<br>Tumormarker man                | €50          | H3                            | 腹部エコー検査 (Amstelland病院)<br>Echo Abdomen                            | €190         |
| O3 感染症セット<br>Infectiepakket                        | €60          | H4                            | マンモグラフィー(Amstelland病院)<br>Mammografie                             | €250         |
| O4 膠原病・関節リウマチ<br>Reuma / collagen ziekte           | €50          | H5                            | 骨密度測定(Amstelland病院)<br>Meting botdichtheid                        | €170         |
| O5 子宮頸がん検査(細陰診)<br>Uitstrijkje                     | €150         | H6                            | 眼健康診断(Eyescan眼科クリニック)<br>Optalmoloog keuring                      | 検査料金<br>+€50 |
| O6 更年期コース<br>Pakket Vrouwen in de overgang         | €100         |                               |   |              |

この申し込み書にご記入の上、添付書類としてメールでご返信ください。ご不明点がございましたら、メールまたは電話(Tel: 06 3747 2097)でお問い合わせください。

Gelieve deze gegevens ingevuld via e-mail terug te sturen. Indien u nog vragen heeft kunt u bellen of E-mailen . Tel. 06 3747 2097.