

## ■ 日本ベイクリニック健康診断・保険申請同意書 ■

Nihon Bay Clinic Physical Examination  
Insurance Consent Documentation

当院の健診内容(診察、視力、聴力、胸部X線、心電図、尿検査、便潜血反応等)のみ  
保険申請いたします。

当院の企業健診プログラムは保険の対象外であることを前提に組まれたものです。

日本の企業健診は一般のアメリカでの医療行為の観点(Medically Necessary、医療上必要)から大きく外れますので、一般に保険の対象外とみなされます。

更にアメリカの保険でも、“Preventive”という“Benefit”をお持ちの方もみえますが、企業健診はこの枠からも大きく外れます。

アメリカの保険で“Preventive”の“Benefit”をお持ちの方で、どうしてもそれを行使したいと望まれる方のみ、当院の健診内容(診察、視力、聴力、胸部X線、心電図、尿検査、便潜血反応等)に限り保険申請いたします。その際、ご希望の企業健診セット料金から、当院の健診(診察、視力、聴力、胸部X線、心電図、尿検査、便潜血反応等)の保険で支払われた分の差額が当院からの請求料金となることをご了承お願い致します。

ご質問、ご不明な点などありましたら、ご遠慮なく当院までお問い合わせください。

Nihon Bay Clinic will file a claim for what has been done in this facility excluding all the blood tests.

The Health Maintenance Exams are basically considered as being medically unnecessary. The corporate physical programs and fee schedules are made for those who are none health insurance users. There may be some preventive care benefit in health insurance. However, in case of Japanese corporate exam, there would be additional tests performed which may be considered outside of insurance coverage. We may file a claim for who wishes to use their preventive care benefit for what occurs in this clinic only towards physical exam, vision, audio, chest X-ray, EKG, Urinalysis and Hemocult.

Your due balance will be the total amount of set physical examination fee subtracted by insurance coverage.

同意者氏名 (Patient's Printed Name): \_\_\_\_\_

同意者署名 (Patient's Signature): \_\_\_\_\_

日付 (Date) : \_\_\_\_\_

Nihon Bay Clinic  
40 N. San Mateo Drive  
San Mateo, CA 94401  
Tel: 650 558-0337  
Fax: 650 558-936