

Nihon Bay Clinic  
日本ペイクリニック

※すべて英文でご記入ください※

勤務先 (Employer)		
会社名 Employer's Name:		
勤務先住所 Employer's Address:	勤務先電話番号 Work Phone #: ファクシミリ番号 Fax Number #:	
City: State: Zip:	担当者電話番号 Contact Phone #:	
担当者氏名 Contact Person's Full Name:		
Billing Information (支払い方法)		
<p>健康診断は「Medically Unnecessary」な検査とみなされます。現在の保険制度では、症状あるいは診断名の伴わない医療行為に対しては、医療上不必要なものとなされ、一般的には保険の適応外の行為と考えられます。しかし、保険の種類によっては部分的に支払いの対象になることがありますので、保険請求をご希望の場合には、<b>必ず事前に申し出てください。後の変更は不可能</b>です。ご了承ください。また、<b>後日、保険会社に対し Claim Form を提出することも不可能</b>です。ご了承ください。</p> <p>All Health Maintenance exams are considered as being medically unnecessary. We do not file the claim unless requested prior to the examination. No claims shall be filed afterward, either.</p>		
<b>Consented (同意者名):</b>	<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>
ご希望の項目に印を付け、支払い者名とサインをご記入ください。		
A ( ) <b>各個人請求</b> Bill To Individuals 支払い責任者名	Signature	
B ( ) <b>全額会社請求</b> Bill To The Company 支払い責任者名	Signature	
C ( ) <b>会社指定の項目のみ会社請求</b> Bill To The Company Only For Specified Exams 会社支払い責任者名	Signature	
	その他支払い責任者名	Signature
D ( ) <b>保険請求</b> Bill To The Insurance Company 保険により支払われない差額は、各自または会社の負担になることをご了承願います。 The Individual or/and the employer shall be responsible for the remaining balance resulting from the total charges subtracted by insurance payment.		
保険会社名 (Insurance Plan Name)	Insured's I.D. #	
残高支払い責任者 (Responsible Person)	Signature	

Nihon Bay Clinic  
40 North San Mateo Drive  
San Mateo, California 94401  
650 558 0337 tel  
650 558 0364 fax