****

**2022 사역자 종합건강검진 신청서**

**아시안미션은 이랜드클리닉과 함께 협력단체 소속 국내외 사역자분들의 건강을 케어하고 지원합니다.**

**건강검진을 받고자 하시는 분은 하단 양식을 참고하시어 빠짐없이 작성 후**

 **[소속되신 단체의 멤버케어 담당 실무자]를 통해 본 신청서를 접수하시기 바랍니다.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **신청서보내실 곳(3명 이메일로****동시제출!!)** | (1) 이랜드클리닉 | 김희정 담당 | **KIM\_HEEJUNG@eland.co.kr** | 02-2635-8668 (오전9시 ~ 오후5시 점심시간 1시~2시) |
| 김지혜 담당 | **KIM\_JIHYE28@eland.co.kr** |
| (2) 아시안미션 | 강정은 팀장 | **kang\_jungeun@eland.co.kr** | 02-2012-5051 |
| **검진비용안내** | **◆ 종합검진비 [남20만원 / 여20만원]****◆ AM 협력단체 소속, 허입1년 이상의 전임 사역자/배우자에 대해 [종합검진비 50%]를 지원합니다.****◆ 기타 추가검진비는 일괄 본인부담이며****본 종합검진과 더불어 [수면 위+대장 내시경] 추가검진(17만원)을 받으시는 경우에 한하여****50% 비용을 더 지원해드립니다. (만 50세 이상, 2년에 한번, 수납 마친 뒤 AM 카카오채널로 후불 청구 조건)****◆ 허입 예정자 또는 선ㄱ사의 직계가족 검진 시 전액 본인 부담입니다.** |
| **소속기관확인 및****본인 구분** | **소속 기관명** |  |
| **검진신청 담당자** | \*이름 : \*연락처 : |
| **검진자 본인구분****(v 표기)** | **\*AM 협력기관/캠퍼스 사역자 ( )****\*사역지(국가명 기재) : ( )** | **\*허입 예정자 ( )****\*사역자 직계가족 ( ) \*홀팸 ( )** |
| **검진 신청자세부정보 작성(내용 미비시검진예약 불가!!!****모든 정보를****정확하게****기재 바랍니다.)** | **검진자 이름****(외국인-영문/성별)** | **주민등록번호 작성****(내국인:13자리 모두기입)****(외국인:생년월일/여권번호)** | **대상자****구분** | **내시경 선택****(비용추가 없음)** | **내시경 선택****(비용추가 있음)** |
| 1) | 000000-0000000 | 본인  | \*위내시경비수면 ( ) | \*수면 위( ) 4만원\*비수면 대장( ) 10만원\*수면 대장( ) 15만원\*수면 위+대장( ) 17만원 |
| 2) | 000000-0000000 | 배우자 | \*위내시경비수면 ( ) | \*수면 위( ) 4만원\*비수면 대장( ) 10만원\*수면 대장( ) 15만원\*수면 위+대장( ) 17만원 |
| 3) | 000000-0000000 | 가족 | \*위내시경비수면 ( ) | \*수면 위( ) 4만원\*비수면 대장( ) 10만원\*수면 대장( ) 15만원\*수면 위+대장( ) 17만원 |
| 4) | 000000-0000000 | 가족 | \*위내시경비수면 ( ) | \*수면 위( ) 4만원\*비수면 대장( ) 10만원\*수면 대장( ) 15만원\*수면 위+대장( ) 17만원 |
| **희망 검진 일자** | 2022년 월 일 (주말, 공휴일 휴무) |
| **희망 검진 시간** | □08:00 (대장내시경 검진) □08:30 □09:00 □ 09:30 |
| **입국 예정일** | 00년 00월 00일 | **출국 예정일** | 00년 00월 00일 | ▶선ㄱ사만 기재 |
| **검진 후 필요서류** | **□ 한글결과지 □ 영문결과지(2천원/검진결과지에 동봉)****□ 영문진단서(2만원/10일 이후 내원 수령) □ CD-COPY(8천원)** |
| **현, 국내 거주지****주소****(도로명 주소)** |  |
| \*대장내시경 선택시 검사약 택배발송을 위해 필요하오니 **반드시 정확하게** 기재해주세요!\*대장약은 검진 약 2주전 택배로 발송이 됩니다. 택배 수령 직후 안내문을 정독 바랍니다. |
| **검진자 이메일** |  | **휴대폰 연락처** |  |
| **허입 증명원** | **상기 신청자 본인(가족 포함)은 년 월 이후부터 본 단체에 허입 되어사역자 / 허입 예정자 / 사역자의 직계가족 / 홀팸 멤버 로써 재직하고 있음이 틀림 없습니다.** |
| **국민건강보험****공단안내사항** | ◆ 상기 종합검진을 받을 경우, 국가에서 시행하는 공단검진항목을 포함하게 되며 항목 지원비용은 검진자 이름으로 국민건강보험공단에 일괄 자동 청구 됩니다. 이에 동의하지 않을 시 사역자 검진 진행이 불가할 수 있습니다 |
| **기타안내사항** | ◆ 영문결과지(진단서)가 필요한 분은 영문이름(여권이름)을 검진자명에 꼭 적어주세요.◆ 검진결과는 최소 2주가 소요가 되며, (이메일) 결과 수령시 전화상담이 불가능합니다.◆ 선ㄱ사 자녀 검진은 별도 비용이 발생하오니, 이랜드 클리닉에 사전 문의 바랍니다◆ 건강검진시 발생되는 모든 비용에 대해서는 개인 실비보험 청구가 불가능합니다.◆ 클리닉 주소: 서울특별시 금천구 가산디지털1로 186 , 4층 (가산동, 제이플라츠) 이랜드클리닉 |
| **비용 부담자****기재****(반드시 작성)** | **◆ 검진비를 본인이 결재하는 경우 개인에 표시하시면 되고****단체가 부담하는 경우 기관에 표시하시면 되십니다.****다른 분께서 결제하실 경우에는 성함과 연락처 정보를 정확히 기재 바랍니다.****<본인 결제이신 분은 당일에 결제완료 부탁 드립니다.>**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **종합건강검진비**
 | **(2)추가비용(내시경/조직검사/처방전 외)** |
| 비용부담 | 부담자명 | 연락처 | 비용부담 | 부담자명 | 연락처 |
| **개인( )****기관( )****기타( )** |  |  | **개인( )****기관( )****기타( )** |  |  |

 |
| **[신청서 상 기재 내용이 미비하거나 개인정보 상 오류가 있을 시, 검진예약이 어려울 수 있습니다.]** |