****

**2022 종합건강검진 신청서 [이주민/유학생 사역자]**

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

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

**소속 코디 목사님의 추천서와 함께 본 신청서를 이메일 접수하시기 바랍니다.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **신청서 보내실 곳** | **아시안미션** | **강정은 팀장** | | [**kang\_jungeun@eland.co.kr**](mailto:kang_jungeun@eland.co.kr) | | | **02-2012-5051** | |
| **[신청서 메일 보내신 뒤 3일 이내로 회신 없을 시, 업무 누락이 없도록 재확인 문의 부탁드립니다]** | | | | | | | |
| **검진비용안내** | **◆ 종합검진비 [남20만원 / 여20만원] 및 기타 추가검진비 일괄 본인부담입니다.**  **◆ 단, 사역자 본인과 배우자에 한하여, [종합검진비]의 50% 비용을 아시안미션이 지원해드립니다.**  **◆ 또한, 만 50세 이상으로 [수면 위+대장 내시경] 추가검진(17만원)을 받으시는 경우에 한하여**  **내시경 추가비의 50% 비용을 더 지원해드립니다. (2년에 한번)**   * **검진비 청구방법 안내영상 링크 :** [**https://youtu.be/MDEJkQoezRc**](https://youtu.be/MDEJkQoezRc) | | | | | | | |
| **소속기관(교회) 확인 및**  **검진자 본인**  **정보 작성** | **소속 기관/교회명** | |  | | | | | |
| **신청자 본인 이름** | |  | | | | | |
| **이메일** | |  | | **휴대폰 연락처** | | |  |
| **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. | | | | | |
| **사역시작 연월** | | 00년 00월부터 사역 시작 | | | | | |
| **신청자 본인**  **사역구분 (v표시)** | | **\*이주민(외국인근로자) 대상 사역 ( ) \*외국인 유학생 대상 사역 ( )** | | | | | |
| **검진 신청자 세부정보 작성  (내용 미비시 검진예약**  **불가합니다!)** | **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 | \*위내시경  비수면 ( ) | | \*수면 위( ) 4만원  \*비수면 대장( ) 10만원  \*수면 대장( ) 15만원  \*수면 위+대장( ) 17만원 |
| 2) | | 000000-0000000 | | 배우자 | \*위내시경  비수면 ( ) | | \*수면 위( ) 4만원  \*비수면 대장( ) 10만원  \*수면 대장( ) 15만원  \*수면 위+대장( ) 17만원 |
| **희망 검진일자** | | 2022년 월 일 (주말, 공휴일 휴무) | | | | | |
| **희망 검진시간 표시** | | □08:00 (대장내시경 검진) □08:30 □09:00 □ 09:30 | | | | | |
| **검진 후 필요서류**  **표시** | | □ 한글결과지 □ 영문결과지(2천원/검진결과지에 동봉)  □ 영문진단서(2만원/10일 이후 내원 수령) □ CD-COPY(8천원) | | | | | |
| **국민건강보험**  **공단 안내사항** | ◆ 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. | | | | | | | |
| **기타 안내사항** | ◆ 영문결과지(진단서)가 필요한 분은 영문이름(여권이름)을 검진자명에 꼭 적어주세요. ◆ 검진결과는 최소 2주가 소요가 되며, (이메일) 결과 수령시 전화상담이 불가능합니다.  ◆ 건강검진시 발생되는 모든 비용에 대해서는 개인 실비보험 청구가 불가합니다.  ◆ 이랜드클리닉 주소: 서울시 금천구 가산디지털1로 186 , 4층 (가산동, 제이플라츠) 이랜드클리닉 | | | | | | | |
| **비용 부담자**  **기재** | **◆ 본인이 비용결재 예정이면 본인에 v표시하시면 됩니다.**  **그 외 단체가 지원하는 경우 기관에 v표시하시고, 다른 분께서 결제하실 경우 기타에 v표시하시되**  **결재하실 분의 성함과 연락처 정보를 정확히 기재 바랍니다.**  **◆ 기본 종합검진 외 추가검진을 사전에 예약하지 않은 경우, (2)번 추가 검사비 란은 비워두셔도 됩니다.**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 1. **종합건강검진비** | | | **(2)추가비용(내시경/조직검사/처방전 외)** | | | | 비용부담 | 부담자명 | 연락처 | 비용부담 | 부담자명 | 연락처 | | **본인( )**  **기관( )**  **기타( )** |  |  | **본인( )**  **기관( )**  **기타( )** |  |  | | | | | | | | |
| **[신청서 상 기재 내용이 미비하거나 개인정보 상 오류가 있을 시, 검진예약이 어려울 수 있습니다.]**  **[본 신청서 + ‘소속 코디 목사님의 추천서’ 를 함께 제출하셔야만 검진 접수가 채택됩니다.]** | | | | | | | | |