

HIMEDIC山中湖倶楽部（預り保証金型） 利用規程

＜ご利用について＞

(1) 本倶楽部会員は、下記入会コースの検診券枚数に応じエクシブ山中湖内の医療施設にて検診を受けることができます。

会員種別	検診券枚数（年間）	年会費	サービス内容
個人会員専門コース （記名式）	1枚	22万円 （税込）	○検診券1枚でガン・脳・心臓のうちいずれか1つの専門コース検診を受けられます。 ○検診券2枚でガン・脳・心臓の総合コース検診を受けられます。 （専門コースの会員様は除きます。）
個人会員総合コース （記名式）（無記名式）	2枚	44万円 （税込）	
法人会員Sコース （無記名式）	2枚	44万円 （税込）	
法人会員Aコース （無記名式）	3枚	66万円 （税込）	
法人会員Bコース （無記名式）	6枚	132万円 （税込）	
法人会員Cコース （無記名式）	10枚	220万円 （税込）	
オプション	1枚	22万円 （税込）	

(注1) 上記年会費には、別途消費税が必要となります。

(注2) 個人会員記名式は、記名者本人の利用に限りです。（個人会員総合コースには、無記名式もあります。）

- (2) 記名式は、会員ご本人の利用に限りですが、無記名式は、会員もしくは会員が指名した利用者が本倶楽部会員証（同機能の電磁的記録その他代替物を含みます。以下、同じ。）検診券を持参することにより、会員資格で検診を受けることができます。ただし、ご予約時にご利用者名を確定して下さい。
- (3) 検診時のご宿泊は、エクシブ山中湖内の倶楽部専用ルームをご利用していただきます。検診には、1つの専門コースで1泊2日、総合コースで2泊3日（医療施設が翌日休診の場合には、1泊2日の総合コース検診も可能です。）が必要です。
- (4) ご宿泊は、無料ですが、レストランその他エクシブ山中湖付帯施設をご利用の場合は、所定の料金を負担していただきます。ただし、検査終了当日の宿泊については、ご希望により所定の料金にてご利用いただけます。（倶楽部専用ルームご利用の場合）
- (5) 同伴者のご宿泊は、同室利用に限り認め、無料とします。
- (6) ホテルのチェックインは検診前日の午後3時よりエクシブ山中湖フロントにて行います。チェックイン時には、本倶楽部会員証をご提示下さい。
- (7) 検診の受付は、検診当日の指定時間までにエクシブ山中湖地下2階の医療法人社団ミッドタウンクリニックで行って下さい。なお、検診受付時には、ご利用の検診券、受診案内、問診票等をご持参下さい。また、受付にて会員証または身分証明書をご提示下さい。
- (8) ホテルのチェックアウトは、エクシブ山中湖フロントにて行います。エクシブ山中湖の付帯施設のご利用がございましたら精算してください。

＜ご利用のお申込について＞

- (1) 検診、宿泊とも、完全予約制です。ご予約のお申し込みは、クラブデスクにお電話下さい。
クラブデスク TEL 0120-373-388
- (2) ご利用日（予約）は、ご入会後、会員ごとに、定期的に検診できるように占有日期間の設定された、検診カレンダーが交付されますので、その占有日期間内から、ご希望の検診日をお選び下さい。ご予約につきましては、お申込順に決定いたしますので、予約状況によってはご希望に添えない場合もございます。あらかじめご了承下さい。
- (3) ご予約は、前年度の検診日より占有日期間の2ヶ月前までに必ずクラブデスクへご連絡下さい。
- (4) ご予約時には、ご希望のご利用日、会員名、会員番号、受診コース名、ご利用者名、ご利用の検診券番号、同伴者の有無等をお申し出下さい。
- (5) 検診日確定後、原則受診日の3週間前に受診案内等、検査時必要書類を送付します。ただしフローティングでご予約された場合は、この限りではありません。
- (6) 万が一、占有日期間内に検診を受けられない場合は、2ヶ月前までに必ずクラブデスクへご連絡下さい。占有日期間外のご予約は、占有日期間の方が優先の為ご希望検診日の1ヶ月前より受付開始とさせていただきます。なお、ご予約もなく占有日期間が経過した場合および何等の連絡もなくご予約当日にお越しにならなかった場合は、その年度の権利を消化したものとみなします。
- (7) 検診結果は、検診後約2週間で郵送にてご連絡します。
- (8) 刺青または、刺青と誤解を受けるもの等をされている方は検診及びメディカルサービスをお受けいただくことができません。
- (9) 対応言語と医療通訳者について
- ① 会員又は会員が指名した利用者（細則で定める追加検診者を含みます。）（以下、これらを併せて「受診者」といいます。）に提供する診及びメディカル・サービスは、日本語により提供します。
- ② 日本語による意思疎通が困難な受診者は、医療通訳者を帯同いただかなければならないものとします。
- ③ ご自身で医療通訳者を手配される場合は、以下の事項にご留意ください。
- (1) 医療通訳者は「医療通訳技能認定試験」又は「医療通訳技能検定試験」の資格保有者であることを推奨します。
- (2) 受診者にとって3親等以内の親族による通訳はお断りしております。なお、医療通訳者が受診者の親族ではないことの確認のため、医療通訳者および受診者の身分証明書をご提示いただく場合がございます。
- ④ 日本語での意思疎通が困難であるにもかかわらず受診者が医療通訳者を帯同しない場合、又は帯同した医療通訳者の翻訳が不正確であるなど医療通訳者として適切でないと提携先医療機関が判断した場合、提携先医療機関は検診及びメディカル・サービスの提供を拒否することができるものとします。
- ⑤ 提携先医療機関は、日本語による意思疎通が困難と判断した受診者に対し、翻訳サービスを利用することができるものとします。
- ⑥ 医療通訳に関する費用（⑤の翻訳サービスに関する費用を含みます。）は、受診者においてご負担いただきます。
- ⑦ 医療通訳（⑤の翻訳サービスを含みます。）に誤訳等が生じ、又は受診者の個人情報等を第三者に開示・漏洩等することによって受診者に損害等が生じた場合であっても、提携先医療機関は一切の責任を負わないものとします。

【インフォメーション】

ペースメーカーを装着されておられる方は、MRI検査が受けられません。また頭部手術（クリッピング）、インプラント、義眼、人工弁等を装着もしくは内々にある方については、MRI検査が受けられない場合があります。その他検査機器によっては検査ができない場合がありますので医療機関（受診施設）にご確認下さい。

○上記内容については、一部変更される場合があります。

○検診内容の詳細については、受診案内でご案内します。

（2025年9月1日改定）