

保険外負担に関する同意書

当院では、保険外負担の料金について、その利用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。

下記内容について同意を頂いた上で署名・捺印をお願い致します。

オンライン診療に際しての予約や受信等に係るシステム利用に要する費用及び電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき 1,100 円 (税込)

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担の支払いをすることに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄: _____)