

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、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。下記の内容について同意をいただいた上で署名・捺印をお願いいたします。

大原ファミリークリニック 院長 大原信行

オンライン診察で使用する電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

1回につき 900円（税抜）

（中学生以下の方は 500円（税抜））

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： ）