

# 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おります。

下記の内容について同意を頂いた上で署名・捺印をお願いいたします。

- オンライン診察における予約や受診等に係るシステム利用に要する費用

(レターパックライトの郵送料を含みます)

1回につき 1500 円

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。

ご記入日：令和 年 月 日

患者氏名 印

代筆者氏名 印

(続柄： )

ご住所 (〒 - )

電話番号 (携帯)