

保険外負担に関する同意書

当院では、保険外診療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。

- ・オンライン診療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、及び、電話やテレビ画像等の送受信に関わる費用

1回につき 1,000円

私は、必要に応じて使用する上記について、保険外負担を支払うことに同意します。

年 月 日

患者氏名： _____ 印

代筆者氏名： _____ 印

(続柄： _____)

医療法人社団 扇心会 幕張マリブクリニック