

保険外負担に関する同意書

オンライン診療では保険外負担の料金について、その使用料について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、ご署名またはご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
- 電話や画像等の送受信や処方箋等の郵送に係る費用

上記に係る費用について一回につき 500 円（税込）

私は、上記のものについて、保険外負担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： _____)

<耳鼻咽喉科よしだクリニック>