

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（自署の場合捺印省略可）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、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 770 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。

令和 年 月 日

患者ID _____

患者氏名 _____ (印)

代筆者氏名 _____ (印)

(続柄: _____)

耳鼻咽喉科サージセンターちば