

保険外負担に関する同意書

当院では保険外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致します。

オンライン診療における予約や受信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の送受信にかかる費用

1回につき 生活習慣病外来、睡眠時無呼吸症候群外来	1000円
一般内科外来	500円
オンライン診療初診外来	550円
* 処方箋郵送の場合郵送料として84円がかかります。	

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02年 月 日

患者氏名	印
代筆者氏名	印