

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ご署名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 お一人500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

【患者氏名】
複数人入力可

【代筆者氏名】

(続柄：)

★署名した本同意書は、全体をスマホ等で撮影し、診察当日までに、CLINICSアプリ内「資料をアップロード」よりオンラインで提出をお願いします。FAX (0267-41-0518)での送付も可能です。

<医療機関名 かるいざわ純クリニック>