

保険外負担に関する同意書

オンライン診療をご希望の方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・捺印をお願いいたします。

◎ 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき 700 円(税別)

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 印

代筆者氏名 印

(続柄:)

【松田耳鼻咽喉科】