保険外負担に関する同意書

初診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　600 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　　印

代筆者氏名　　印

（続柄：　　）

あかばね腎・泌尿器クリニック