

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、捺印をお願いいたします。
オンライン初診診療に際しての通話料や事務手数料等に係るシステム利用に
要する費用

一回につき 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することについて同意します。

令和 年 月 日

氏名