

保険外負担に関する同意書

オンライン診療においては、その診療費以外に、下記の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御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、および電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

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： _____)

<医療機関名：やだクリニック>