

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 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。

かかりつけ薬局（ファックスを送って欲しい薬局）があれば、ご記入ください

薬局名 _____ 薬局

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄: _____)

〒948-0066

新潟県十日町市袋町中208番地

医療法人社団 山口医院 山口義文

TEL 025-752-2174