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、保険外負担の下記の内容について同意の署名をいただいた上で実費のご負担をお願いしています。

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として、

保険診療でオンライン診療をご利用の場合、一回につき　¥600−（税込）

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：　　）

＜医療法人さかざきこどもクリニック＞