

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使用料(システム料、郵送料)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・捺印をお願い致します。

【初診】

- ・オンライン診療における予約や受診に係るシステム利用料に要する費用

一回につき 500 円 (保険外負担)

【再診】

- ・オンライン診療における予約や受診に係るシステム利用料に要する費用

一回につき 800 円 (保険外負担)

特定疾患のある方⇒ 一回につき 1.500 円 (保険外負担)

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。

ご記入日： 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄： _____)

<上中居ファミリークリニック>