

保険外負担に関する同意書について

このページをプリントアウトの上、御署名捺印し、

当院へ郵送もしくは fax をお願い致します。

住所) 〒974-8261 福島県いわき市植田町本町 2-5-7 ゆうクリニック

FAX) 0246-63-1615

オンライン診療で保険診療を受診される方へ

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頂いた上で実費のご負担をお願いしております。

オンライン診察における予約や受診など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など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 ￥ 770 (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

* 未成年者の方の場合

代筆者氏名 _____ 印

(続柄 _____)