

(印刷不能な環境の方へ)

\* 同意書を印刷不能な環境の方は、以下のような文章を手書きした上、  
御署名押印の上、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

----- (手書き用例文) -----

## 保険外負担に関する同意書

保険診療でオンライン診療をご利用の場合、通信料として一回 770 円  
(税込)を保険外負担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 )