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。下記内容について同意をいただいた上で証明・捺印をお願いいたします。

・オンライン診療のおける予約や受診等に係るシステム利用に要する費用

お薬の処方がある場合　　１回につき　５００円

お薬の処方がない場合　　１回につき　２００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。

ご記入日：　　年　　月　　日

患者氏名　　印

代筆者氏名　　印

（続柄：　　）

＜医療機関名　医療法人社団　つづきレディスクリニック＞