

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、利用回数に応じて実費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。

・オンラインまたは電話による通話、処方箋郵送に要する費用

1回につき 200 円 (税別)

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

氏名 _____ (印)

代筆者 _____ (印)

(続柄:)

医療法人社団優社会 新中野皮膚科クリニック