

# 保険外負担に関する同意書

## 本町ふるまち耳鼻科

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・捺印をお願いいたします。

### 記

- オンライン診察における予約や受診等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等の送受信に係る費用として一回につき500円

以上

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

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄： )

### <予約時間と診療に関してのお願い>

予約時間30分間の中で、診療を開始いたします。例えば16:00~16:30の場合、16時ちょうどに診療が始まるとは限りません。お待たせいたしますが、医師より電話が入るまで準備してお待ちになってください。