

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、送料、システム利用料、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。

電話やテレビ画像等の送受信に係るシステム利用に要する費用

一回につき 550円

(+送料370円～地域によって金額が異なります)

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: _____)

医療法人社団やまもと
山本クリニック
院長 山本泰久