

年 月 日

## 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。

- ・オンライン診療における予約や受診等にかかるシステム利用に関する費用

一回につき 1,000 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： )

しげた総合診療クリニック 