

## 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をお願いいたします。

- オンライン診療の送受信に係る費用（郵送料をむ）

一回につき 500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（ \_\_\_\_\_ ）

代筆者氏名（ \_\_\_\_\_ ）

（続柄：                    ）

<いなずみ内科・循環器科>