

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。以下の内容について同意をいただいた上でご署名・ご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費用

[診察のみの場合]

一回につき 700 円 (税込)

- 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

[処方箋・検査結果・データ、その他書類郵送ご希望の場合]

一回につき 1,000 円 (税込)

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)

[新宿トミヒサクロスクリニック]