

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

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 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄：)

医療法人社団 藤栄会
ただお整形外科・内科
理事長 葛目正央

FAXでのご送付先 042-793-0203

※番号のお間違えのないようお願い致します