

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。

- 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用（オンライン診療の通信費用）
一回につき 880 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。

次にオンライン診療したのち、処方箋と明細が必要になります。
患者さんに処方箋を送付する場合は住所が必要になります。オンライン診療のアプリ内の住所と確認のために住所の記入をお願いします。アプリ内の薬局を利用するケースもありますが、念のため記入をお願いします。

患者さん住所 _____

ご記入日： 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄：)

おおた皮フ科形成外科クリニック 太田正佳