

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。

(オンライン初診外来、オンライン再診外来)

- 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

一回につき 500円(税込)

- 処方箋の郵送等に要する費用(実費)

一回につき 84~262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。

記入日： 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄：)

くまがい内科・脳神経内科クリニック

〒231-0023 神奈川県横浜市中区山下町 30-1-302

TEL 045-228-9823

FAX 045-228-9826

MAIL info@kumagai-clinic.com

HP <https://www.kumagai-clinic.com>