

保険外負担に関する同意書

オンライン診療をご希望の方は、保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じて実費のご負担をお願いしております。

下記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関わる費用

1回につき 1,500 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。

令和 年 月 日

患者氏名

代筆者氏名

(続柄:)

<高崎駅けやき眼科>