

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。

- オンライン通話料等に係る費用（※初診の場合）
一回につき 4,740円
- オンライン通話料等に係る費用（※再診の場合）
一回につき 1,950円
- オンライン相談に係る費用
一回につき 5,500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： _____)

医療法人耕仁会札幌太田病院