保険外負担に関する同意書

画面を使用してのオンライン診療（動画診察）をご希望の方は、保険外負担の料金について、

そのシステム使用料、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。

○　オンライン診療における予約や受診等に係るシステム利用料に要する費用

1回につき　　2、200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　　印

保護者氏名（続柄:　　）　　印