

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、オンライン診療の使用料に応じた実費のご負担をお願いしております。

下記の内容について同意を頂いた上で署名・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ネット回線を利用した診療の送受信に係る費用およびシステム利用料

1回につき 1500円

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担をする事に同意します。

令和 年 月 日

保護者名 _____ 印

<相模大野こどもクリニック>