

オンライン診療の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。

- オンライン診療初診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 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。

年 月 日

診察券番号

患者氏名 印

代筆者氏名 印

(続柄：)