

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、保険外負担の下記の料金について

同意の署名をいただいた上で実費のご負担をお願いしています。

・情報通信機器の運用に要する費用

1回につき ¥1,100 (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

代筆者氏名 _____ 印

(続柄: _____)

〈いわた脳神経外科クリニック〉