

## 保険外負担に関する同意書

当院では、オンライン・電話による診療を受診される患者様に、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。

- オンライン診察における予約や受診等に係るシステム利用に要する費用、  
及び電話やテレビ画像などの送受信にかかる費用  
受診の都度 一回につき 500円
- 処方箋の指定薬局へのFAX送信・郵送、及び本件に関する通信費等  
事務連絡に係る費用  
薬局へFAX送信希望時のみ 一回につき +200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。

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄： )

おしあげ耳鼻咽喉科  
医療法人社団翔和仁誠会グループ