

保険外負担に関する同意書

当院（余丁町皮膚科）では、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ご署名をお願いいたします。

- オンライン診療における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等の送受信に係る費用

一回につき 650 円

私は、必要に応じて使用する上記のものにつき、保険外負担をすることに同意します。

西暦 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

（続柄： ）