

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、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。

- ・ 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用等

1回につき 500円+消費税

- ・ 皮膚症状が実際の視診より見にくく、診断の正確性が下がる可能性があります。
- ・ アカウント情報のご登録間違いによるお薬や処方箋等の不着の保証は致しかねます。ご登録住所はお間違いのないようお気をつけ下さい。

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

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄: _____)

<医療機関名 西宮今津みどり皮膚科>