

# 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うえで署名・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

一回につき550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。

ご記入日：           年           月           日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄：    )

医療法人社団健智会 富松レディースクリニック