

## 同意書（保険外料金の負担に関して）

当院では、保険外の料金について、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ご同意の上、署名・捺印をお願いいたします。

- 1) 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、及び電話や画像等の送受信に係る費用：

一回につき 570円

- 2) 処方箋を郵送する場合の送料：一回につき 84円

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外料金を負担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：            )

長田皮膚科医院