

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

一回につき 1,000 円（税込）

（もし他のものあればその他も）

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 印

（続柄： ）

<内藤クリニック>