

## オンライン診察に関する保険外負担に関する同意書

当院では、オンライン診察をするために、以下の保険外負担の料金について、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同意をいただいた上で署名・捺印をお願いいたします。

- 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  
電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき 500 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。

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

お持ちのクリニックの診察券に○をつけ、番号をご記入ください。

小金井・三鷹	診察券の番号：
--------	---------

医療法人社団 北條会  
もろほしクリニック・三鷹もろほし耳鼻咽喉科