

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。

- 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、
一回につき 2,000円（税込）
- ・ 診察内容により、改めて来院していただく場合もございます
- ・ 担当医が変更になる場合がございます
- ・ アカウント情報のご登録間違いによる処方箋等の不着の保証は致しかねます
- ・ 診察開始時間に応答いただけなかった場合は、やむなくキャンセル扱いとさせていただきます場合がございます

私は、上記項目を了承し、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

代筆者氏名 _____ 印

(続柄：)

<医療機関名 松本眼科>