

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 500～800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 _____

代筆者氏名 _____

(続柄：)

<医療法人玲生会 にん内科>