

## 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。

### 記

2020年12月現在

- 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、及び電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

1回につき

18歳以上 550円（税込）

海外からの受診（年齢にかかわらず） 5,500円

変更の場合は、3か月前までに当院ホームページにて通知します。

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。

西暦 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

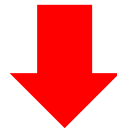
代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

（続柄： \_\_\_\_\_）

<医療機関名：のぞみアレルギーオンラインクリニック>

初診オンライン診療を受ける患者様への保険外負担同意書の提出のご案内

印刷した同意書に、患者様ご自身で署名・捺印をお願いします。



署名した同意書を患者様のスマートフォンで撮影してください。



ここをクリック



撮影した画像を、患者様のCLINICSアプリでアップロードしてください。