

## 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、その使用料や利用回数に応じた費用のご負担をお願いしております。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。(自著の場合は、捺印不要)

竹芝水辺のクリニック院長

貴院でのオンライン診療を利用するにあたり、以下のことを了承しました。

- オンライン診療では、これに伴う諸経費<sup>※</sup>が発生します。  
諸経費<sup>※</sup>: オンライン診療における予約・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かかる費用など
- オンライン診療に伴う諸経費は、保険診療費とは別に発生します(保険外負担)。
- オンライン診療をご利用ごとに、1回 1,000円(税抜)を負担します。

私は、上記の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: \_\_\_\_\_)

〈竹芝水辺のクリニック〉