

## 保険外負担に関する同意書

(生活習慣病以外の方・保険診療での検査結果説明外来の方・  
睡眠時無呼吸症候群の方・オンライン初診外来の方)

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、  
及び電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき 600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

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄： )

玲子内科クリニック

042-421-8800