

## 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。

- 電話やテレビ画像等の送受信に関わる費用

一回につき 1000円

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担することに同意します。

ご記入日： 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄： )

<医療機関名：吉島内科クリニック>