

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係る費用

一回につき 500円

(もし他のものあればその他も)

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。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄: _____)

戸谷整形外科医院