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
- 処方箋等の郵送および電送に関わる費用　400 円

一回の受診につき　~~700 円~~

（睡眠時無呼吸症候群外来に関しては 1000 円）

私は、必要に応じて使用する上記のものについて、保険外負担を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：　　）

倉田耳鼻咽喉科