

保険外負担に関する同意書

当院では、オンライン診療における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 500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。

【処方箋について】

- 処方箋を自宅に郵送
- 処方箋を患者様指定の薬局にFAX、郵送 を希望

こちらを選択された方は以下の薬局の項目にもご記入ください（電話番号・FAX番号も必須）

【指定薬局】（店舗名までご記入ください。）例：ひまわり調剤（おおみや町薬局）

薬局名

_____ (_____)

薬局電話番号

_____ FAX番号

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄: _____)