

茅ヶ崎ウエストサイドクリニックでは、スマートフォン等のテレビ画像機能を利用した遠隔の診療（電話等再診）を希望される場合、利用回数に応じた保険外負担をいただいています。下記の内容について同意をいただいた上で署名をお願いいたします。

保険外負担に関する同意書

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

- 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

3, 300円/1回

- 処方せん等（領収書、明細書）の郵送に係る費用

実 費

記入日： 年 月 日

受診者氏名 _____.

代筆者氏名 _____.

(続柄：)