

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。

下記の料金について同意をいただいた上で署名・捺印をお願い致します。

- ・ 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用等
一回につき 1,000 円 (税抜)
- ・ 薬、処方箋等郵送代 実費

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： _____)

<脳神経外科・内科 眞壁クリニック>