

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。

- 電話など送受信に係る費用。

一回につき 600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。

年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄：)

<お肌のクリニック>