

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おります。下記の内容について同意を頂いた上で署名・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 ; 1回につき 2,200円(税込)

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

氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄:)

創成こころのクリニック