

## 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、利用回数に応じた費用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うえで署名・ご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

一回につき 1,100 円（税込み）

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。

患者氏名  
代筆者氏名

ご記入日：       年    月    日  
印  
印  
(続柄：           )

国分寺内科クリニック