

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。

- オンライン診察における予約や受診等に係るシステム利用に要する費用、及び電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき 550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。

令和 年 月 日

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄: _____)

◆オンライン診療の受診に関してのお願い◆

- ・システム使用料について
オンライン診療を利用する際に、システム使用料として1回につき550円がかかります。診察料とは別に必ずご負担いただく費用です。
- ・保険証の確認について
保険医療機関は保険証・各種受給者証の確認が法令で義務付けられています。お手数ですが、受診される月に保険証の写真を撮り、アプリ内のアカウント設定の保険証情報へ挙げてください。
- ・予約後のキャンセルについて
キャンセルを希望される場合は、受診日の前日までにご自身でアプリよりキャンセル手続きをしてください。ご自身でのお手続きが完了しないと、システム使用料のご返金できません。ご注意ください。
また、当日キャンセルはできかねます。ご了承ください。

<フィーカレディースクリニック>