

## オンライン診療で保険診療を受診される方へ

### 保険外負担に関する同意書

オンライン診療をご希望の方は、保険外負担の下記内容について同意の署名を頂いた上で実費のご負担をお願いしております。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として、

#### 保険診療でオンライン診療をご利用の場合、1回につき600円（税込）

（当院独自の取り組みとして、時限的措置として初診オンライン診療が認められている期間については、初回のみ600円のご負担とさせていただきます。）

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 \_\_\_\_\_ (自筆)

※ 未成年の方の場合

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) (自筆)

豊洲小児科醫院