

## オンライン診療に関する保険外負担に関する同意書

当院では、オンライン診療を行うために、以下の保険外負担の料金について、御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・捺印をお願い致します。

- オンライン診療におけるシステム利用・通信および郵送に係る費用  
一回につきお一人毎 下記料金を御負担いただきます。

|          |           |
|----------|-----------|
| 初診・再診    | ¥770(税込)  |
| アレルギー性鼻炎 | ¥770(税込)  |
| 舌下免疫療法   | ¥770(税込)  |
| CPAP     | ¥1650(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。

令和 年 月 日

診察券番号

氏名 印



おの耳鼻咽喉科