

診察・保険外負担に関する同意書

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。

■保険診療の方

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。

電話やテレビ画像等の送受信に係る費用：一回につき 648円（税込）

■自由診療の方

診療費以外の費用：予約料1,080円（税込）

- 診察内容により、改めて来院していただく場合がございます。
- 担当医が変更になる場合がございます。
- 保険診療の方は、初回オンライン診療時に、保険証および同意書をアップロードして下さい。
(同意書をなくされた方は、当院ホームページからダウンロードして下さい。)

同意書のアップロード方法

1. オンライン診療アプリ「CLINICS」で、当院の診察詳細画面を表示し、画面右上の「資料マーク」を選択します。
2. 「資料を提出する」ボタンを選択します。
3. 資料の提出画面で、資料のリストから「その他」を選択します。
4. 「資料を撮影する」を選択し、記入した同意書を撮影します。
5. 「資料を提出する」ボタンを選択すると、同意書がアップロードされます。

私は上記項目について、同意します。

平成 年 月 日

ID番号 _____

患者氏名 _____ 印

代筆者氏名 _____ 印

(続柄： _____)

医療法人 恵愛会 恵愛病院