

## 保険外負担に関する同意書

当院ではオンライン診療の利用毎に、以下の料金で保険外負担をお願いしています。

「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 3000 円」

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。

※なお、curon の運営会社である MICIN に、アプリ使用料として別途 300 円+税のお支払いが生じます。

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 3000 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。

同意日： 年 月 日

住所

---

電話番号

---

氏名

印

---

新宿ペリカンこころクリニック

院長 佐々木 裕人