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。

* 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき　3500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。

ご記入日： 　　年 　　月 　日

患者氏名　 印

代筆者氏名　 益田　裕介

＜医療機関名　早稲田メンタルクリニック＞