

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 1000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 _____ 印

(続柄：)

106-0031 東京都港区西麻布4-2-6 エル・ファースト・ビル3F

Tel: 03-5766-3357, Fax: 03-5766-3356

医療法人社団Humanvoicee
耳鼻咽喉科クマダ・クリニック
理事長・院長 熊田 政信