

保険外負担に関する同意書・遵守事項

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をお願い致します。

オンライン診療における予約や画像の送受信などに係るシステム利用に要する費用

1人1回につき 600円

遵守事項

- 1) 予約受付できるのは予約日の1ヶ月前から当日の予約時間の30分前までの間です。
- 2) 健康保険証・各種医療証の内容に変更があれば保険証登録の内容も変更して下さい。
- 3) 住所、電話番号を変更された場合はすみやかにアカウント登録を変更してください。
- 4) 処方せん郵送の場合は、処方せんの再発行ができません。紛失、有効期限切れにご注意下さい。
- 5) 予約時間帯になりましたら連絡をお待ち下さい。予約された時間帯内につながらない場合はいったん予約をキャンセルさせていただきます。あらためて予約をしていただくか、来院での受診をしてください。なお、必ず患者さん本人が同席してください。
- 6) オンライン診療時には、健康保険証・各種医療証を手もとに準備して下さい。
- 7) オンライン診療をされていても医師の指示があれば外来受診をしてください。
- 8) 操作方法がわからない時は CLINICS へ電話して下さい。

0120-13-1540 (年末年始を除く平日午前10時から午後7時)

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。
また、遵守事項を承諾します。

記入日： 年 月 日

患者氏名 _____

代筆者氏名 _____

(続柄：)

小児科八木医院