

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おります。下記の内容について同意を頂いた上でご署名をお願い致します。

- ◎ 電話やテレビ画像等の送受信に係る費用

一回につき500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することに同意します。

ご記入日： 年 月 日

患者様氏名

代筆者氏名

(続柄：)

広島中央通り 香月産婦人科

理事長 香月 孝史 ⑩

〒730-0029 広島市中区三川町7-1

TEL082-546-2555 / FAX082-546-2566