

# 予約キャンセル料に関する同意書

立川北デンタルオフィス

当院では、患者様一人ひとりに必要な診療時間を確保するため、予約制により診療を行っております。令和8年6月1日施行の厚生労働省通知に基づき、患者都合の予約キャンセルに関する取扱いを下記のとおり定めますので、ご確認のうえご署名をお願いいたします。

■ 同意内容	
対象	予約に基づく診察および検査
キャンセル料	金 11,000円(税込)
「直前」の定義	ご予約日の <b>前日 13時</b> 以降のキャンセル、または無断キャンセル (休日挟む場合前々日)
検査時の実費	使用できなくなった薬剤・材料等の実費(仕入価格の範囲内)を別途ご請求する場合があります。
免責事項	以下の場合は請求対象外といたします。 <ul style="list-style-type: none"><li>天災地変・公共交通機関の大幅な遅延</li><li>急な発熱・体調不良等のやむを得ない事情</li><li>当院の判断による予約変更</li></ul>
請求方法	次回ご来院時または請求書送付によりお支払いいただきます。 領収証は他の費用と区別して発行いたします。

上記の内容について、医療機関より十分な説明を受け、理解したうえで同意します。

署名日 <small>DATE</small>	年 月 日
患者氏名 <small>NAME</small>	ご署名 <small>SIGNATURE</small>
代諾者 <small>GUARDIAN</small>	続柄 <small>RELATION</small>

※ 患者様が未成年者または意思表示が困難な場合のみ、代諾者の署名をお願いいたします。

■ 医療機関記入欄 <small>FOR CLINIC USE</small>	
医療機関名: <u>立川北デンタルオフィス</u>	説明者: _____
受付確認: _____	保管番号: _____

キャンセル料徴収自体が目的ではありません。キャンセル抑制対策です。  
令和8年6月1日施行 厚生労働省通知 保医発0327第7号 対応