

※治験薬（依頼者負担の治験使用薬を含む）投与、保険外併用療養費制度で依頼者負担となっている項目
上記に係る特掲診療料（手技料、診断料等）については研究費からの捻出はできないためご負担をお願いいたします。

治験依頼者の治験費用負担に関する申請書（記載例）

西暦 年 月 日

実施医療機関の長

国立大学法人大阪大学医学部附属病院 病院長 殿

治験依頼者

下記の治験において、以下のとおり申請いたします。

記

被験薬の化学名 又は識別記号		治験実施計画書番号	
治験課題名			

【保険外併用療養費制度について】

☐ 保険外併用療養費制度どおり

☐ 保険外併用療養費制度対象外の費用負担あり

〈負担範囲〉

当院では保険外併用療養費制度対象外の費用負担について、下記の通りとなります。

【保険外併用療養費制度対象外の期間】

① 保険外併用療養費制度に準じて当院で実施されたすべての検査・画像診断費用の全額を負担

- * 同種同効薬の負担については選択可能
- * 最小の切り分け単位は1日
- * プロトコル規定検査のみなど、検査項目ごとの切り分けは不可
- * 当日、他科で実施した検査について切り分け不可
- * 患者負担分のための切り分けは不可

② 全額負担（保険外併用療養費制度対象期間に対しても対応可能）

- * 最小の切り分け単位は1日

【その他】

※特定の薬剤費用の負担について

該当薬を同種同効薬として取り扱うことになります。従って、用途ごとの切り分けはできず、どんな用途でもお支払い頂く形となります。

整理番号	
区分	<input type="checkbox"/> 治験 <input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験
	<input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品

☐ 入院費用の負担あり

〈負担範囲〉

・入院が規定されている治験でも保険外併用療養費制度に則った負担のみの場合はこの欄の記載は不要です。

・入院費用を負担される場合、保険外併用療養費対象期間外・期間内に限らず、差額ベッド代以外の入院費用（診断書発行料や食費等も含む）は**全額（10割）依頼者負担**となります。（入院時の差額ベッド代のみ切り分けが可能です。病衣代に関しては、外注業者に委託しているため、依頼者負担となることはありません。）

・被験者負担分のみを切り分けて請求することはできません。

【負担軽減費について】

☐ 規定額 7,000円+消費税

☐ 規定額以外

→詳細記載：

☐ 規定Visitのみ負担

☐ 有害事象での来院も負担

☐ 被験者以外（介護者、保護者等）も負担

☐ その他

→詳細記載：

【備考欄】