

該当する区分をチェックして下さい。

整理番号	※仮申請時は記載不要		
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 治験	<input type="checkbox"/> 製造販売後臨床試験	
	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬品	<input type="checkbox"/> 医療機器	<input type="checkbox"/> 再生医療等製品

西暦 20XX年 X月 X日

保険外併用療養費の支給対象外の経費に関わる申請書

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

代表者の役職名も必ず記載して下さい。

【重要】

被験者負担分（3割）のみを切り分けた請求は当院運用上不可となっております。ご了承ください。

（入院時差額ベッド代除く）

治験依頼者

阪大製薬株式会社

代表取締役 阪大 一郎

記

被験薬の化学名 又は識別記号	ABC-123	治験実施	<p>保険外併用療養費制度と同様に負担する（検査・画像診断費用及び同種同効薬）場合は、こちらに負担期間を記載してください。 なお、それ以外の負担の場合は、下段の”費用の負担に関わる事項 その他”に記載してください。 例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査・画像診断費用のみ負担する ・検査・画像診断費用と同種同効薬の負担期間が異なる
治験課題名	悪性腫瘍に対するABC-123の有効性及無作為化並行群間臨床試験		
保険外併用療養費の支給対象外の経費に関わる事項 (内容及び期間)	<p>■保険外併用療養費制度以外に被験者負担の保険外併用療養費制度に準じて負担する（負担期間）</p> <p>同意取得日～治験薬投与開始日前日及び 治験薬投与終了日翌日～後観察終了日</p>		
	<p>■入院時の診療費の全額を負担する。 (負担期間)</p> <p>治験のために入院した期間</p>		
<p>■その他 (負担期間)</p> <p>以下の期間、検査・画像診断費用を負担する。 同意取得日～治験薬投与開始日前日及び 治験薬投与終了日翌日～後観察終了日</p>		<p>入院費用を負担する場合は、こちらに負担期間を記載してください。「全額」には、文書料等があれば、そのような費用もすべて含まれます。(例外：差額ベッド代についてのみ切り分けが可能) 不明な場合はご相談ください。</p>	
		<p>その他、費用の負担に関わる事項をこちらに記載してください。 例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険外併用療養費制度以外に、検査・画像診断費用を負担する ・医療機器の治験、製造販売後臨床試験等で負担軽減費を負担する <p>不明な場合はご相談ください。</p>	