（和暦）　　年（西暦　　　年）　　月　　　日

被験者負担軽減費及び保険外併用療養費等について

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 地方独立行政法人 埼玉県立病院機構 埼玉県立小児医療センター |
| 治験（試験）  課題名 |  |
| 依頼者名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被験者負担軽減費 | | |
| 対象期間 | 開始 | □同意取得日　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 終了 | □最終検査日　□その他（ 　　 ） |
| 追加・追跡時の対応 | □すべて対象　　□有害事象発生時のみ対象（　　　　　　　　　　　　　　　　）  □規定来院の分割実施　　□治験薬処方のみの来院時  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 入院時の対応 | □入退院で1回分　　□該当せず  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 支払い金額 | □定額（7,000円／回）　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 備考： | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険外併用療養費 | | |
| 対象期間 | 開始 | □投与開始日　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 終了 | □投与終了日　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 支払い対象となる同種同効薬 | □　なし　　　□　有り（　　　 ） | |
| 支払い対象となる保険外併用療養費支給対象外経費 | □　規定通り（検査・画像診断・同種同効薬）  □　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 備考：対象期間に実施された検査・画像診断費用（他科を含む）は、すべて治験依頼者が負担する。 | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 補償を除く入院費等の負担 | |
| 治験のための  入院費の依頼者  負担 | □全額負担　　□差額ベッド代負担　　□負担なし　　□該当せず  □文書料　□病衣代  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 備考： | |