

治驗依頼者各位

受託研究実施において、保険外併用療養費支払対象外経費、被験者負担軽減費等が発生する際は、資料の提出をお願いします。

なお、以下は記載例です。任意の様式で結構ですが、必ず、治験実施計画書のスケジュールに対応した資料の作成をお願いします。

(記載例)

保険外併用療養費等に関する資料

治験依頼者				
担当者氏名 及び連絡先	(address tel fax. e-mail)			
被験薬	成分記号又はコード		(一般名)	
治験課題名				
実施期間	平成〇年〇月〇日～平成〇月〇日			

【スケジュールと保険外併用療養費、被験者負担軽減費】

[illegible]

※ 保険外併用療養費支給対象外経費は画像、臨床検査費用のみ。

【同種同効薬】

ABC-123 の予定される効能効果の薬剤のうち、治験開始前から服用している薬剤のみ、同種同効薬として保険外併用療養費の支払対象外となる。具体的には以下のとおり。

- ①錠
②カプセル
③錠

【その他】

治験実施中、来院日以外に受診した場合も被験者負担軽減費等は発生する。