**保険外併用療養費対象外費用の支払に関する覚書**

（治験受託者）関西医科大学総合医療センター　（以下、甲という）と、（治験委託者）

　　　　　　　　　（以下、乙という）は、甲乙間において西暦　　　年　　　月　　　日付で締結した治験薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　（以下、「本治験」という）に関する治験実施契約書（以下、「原契約」という）について、以下の通り保険外併用療養費の支給対象外費用に関する覚書を締結する。

第1条

乙は、本治験実施期間中の診療に要する費用のうち、治験薬投与期間中の以下の保険外併用療養費の支給対象とならない費用を負担する。

1. 全ての検査及び画像診断の費用
2. 治験薬の予定される効能・効果と同様の効能・効果を有する医薬品の投薬及び注射に係る費用

第2条

乙は、同意取得日から治験薬投与開始日の前日まで、及び治験薬投与終了日又は中止日の翌日から最終観察日までの本治験の治験実施計画書で規定された検査・画像診断に要する費用の全額を負担する。

第3条

乙は、甲の指定する期日までに第１条及び第2条の費用を納付しなければならない。なお、乙は甲に請求内容の説明を求めることができる。

第4条

本覚書に定めなき事項または本覚書の各条項の解釈に疑義が生じた場合は、甲乙協議のうえ解決するものとする。

本覚書締結の証として、本書２通を作成し、甲乙記名捺印のうえ、各自その１通を保有する。

　　西暦　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　甲 　大阪府守口市文園町10番15号

関西医科大学総合医療センター

病院長　　杉浦　哲朗　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　 　　　乙

 　　 　　 印