保険外併用療養費支給対象外費用に関する覚書

関西医科大学附属病院（以下、甲という）と　　（治験依頼者）　　　（以下、乙という）は、学校法人関西医科大学、乙間において西暦　 　　年　　月　　日付で締結した被験薬　　　　　　　　　の治験（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支給対象外費用に関する覚書を締結する。

治験課題名：

第１条

乙は、本治験実施期間中に要した診療に要する費用のうち、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・画像診断の費用
2. 治験薬と同様の効能・効果を有する医薬品の薬剤費
3. 治験薬等の投与に係る費用（生理食塩液・補液等の費用）
4. 治験薬等の投与の前処置に係る費用

第２条

第１条に定める費用を負担する期間は、治験薬の投与開始日から投与終了日又は治験薬投与中止決定日のいずれか遅い日までとする。ただし、第１条4) は、本治験参加の同意取得日から治験薬の投与開始日前日までの期間に投与した場合も乙が負担する。

第３条

乙は、スクリーニング開始日から治験薬投与開始日前日まで、及び治験薬投与終了日翌日から最終観察日まで（有害事象等の追跡調査を含む）の治験実施計画書で規定する来院日に実施した当該科の検査・画像診断費用及び他科で実施した治験実施計画書で規定する検査・画像診断費用の全額を負担する。

第４条

乙は甲の請求内容を確認の上、請求書発行後2ヶ月以内に、甲の指定する銀行口座に第１条、第3条の発生費用について、それに係る消費税等を合算した額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５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、甲乙記名押印のうえ、各自その１通を保有する。

　　西暦　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　甲 大阪府枚方市新町２丁目３番１号

関西医科大学附属病院

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 病院長　　　松田　公志　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　 　　　乙

　　 　　　 印