負担軽減費支払手順

１．支払金額及び支払方法は、次のとおりとする。

＜支払金額＞

外　来	外来治験（A）	来院一回ごと。	１０，０００円
入　院 ※	検査入院（B）	外来治験単価（A）× 入院実日数	外来での治験実施に伴う薬物動態等の検査入院など
	治療入院（C）	治験実施計画書に規定された入院をする場合は１入退院につき	１０，０００円

※負担軽減費の対象については別途協議により決定する。

＜ 支払い方法＞

(1) 外来診療被験者　（被験予定者含む）に対し、上記表中（A）または（B）を支払う。

(2) 入院診療中被験者（被験予定者含む）に対し、上記表中（C）を支払う。

２．来院とは、次のものをいう。

（1） 治験実施計画書に規定された評価の為の来院

（2） 治験薬による有害事象の為の来院

（3） 上記以外に、治験責任医師または治験分担医師が治験のために必要と認めた来院

３．負担軽減費の支払期間は、次のとおりとする。

(1) 同意取得時以降、観察期間終了時までを原則として支払期間とする。ただし、治験の為の検査及び治験終了後診察において、治験責任医師または治験分担医師が来院を必要と認めた場合、この限りではない。

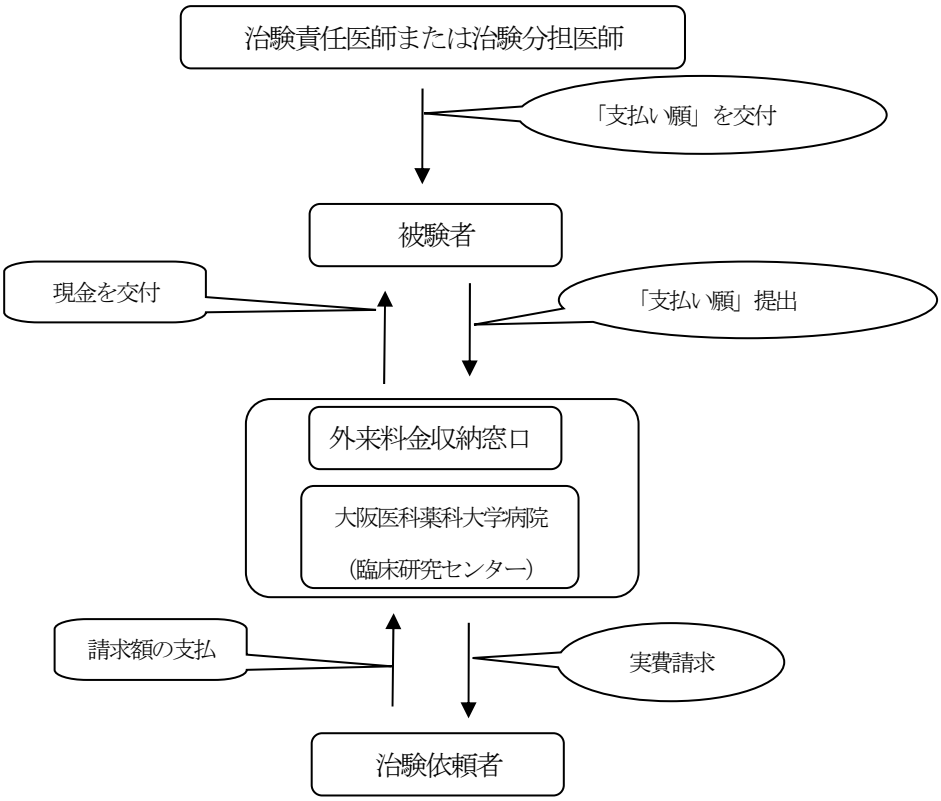
４．負担軽減費仮払い経理処理は、次のとおりとする。

(1) 大阪医科薬科大学病院が仮払金とした負担軽減費は、臨床研究センターから治験依頼者に、治験整理番号別にまとめ、３ヶ月ごとに実支払額を請求（実費請求）する。

(2) 治験依頼者は、大阪医科薬科大学病院が指定した振込指定口座に振込期限内に納付する。

5．そ の 他

被験者への支払いおよび依頼者への請求は下記のような手順によるものとする。



※以下の「支払い願」および負担軽減費支払い時に添付する「治験にご参加いただいている患者さんへ」の用紙は作成不要です。臨床研究センターにて作成いたします。

(西暦)　　年　月　日

支払い願

病院事務部医事課会計係　御中

治験責任医師・治験分担医師

印

署名または記名・捺印

下記の臨床試験に係る負担軽減費の支払いをお願いします。

記

1．整理番号

2．治験課題名

3．支払金額　　1回　１０，０００　円

4．患者名　　様　(ID：　　)

領 収 書

大阪医科薬科大学病院 殿

金　１０，０００　円

上記金額確かに受領しました。　(西暦)　　年　月　日

但し、整理番号　　号の臨床試験の負担軽減費として

患者氏名

代理人氏名　(患者との関係　　)

註：署名もしくは記名・捺印をお願いします。受領日の記入もお願いします。
代理人の方が受け取られる場合は、代理人の欄もご記入ください。

この用紙は「⑤外来料金収納窓口」へご提出ください。

＊＊

治験にご参加いただいている患者さんへ

治験にご参加いただき、ありがとうございます。

同封のお金は、治験のための来院時の交通費やお食事代など、あるいは、入院中の食事療養費の負担などにお使いいただく為に用意されたものです。なお、このお金は税法上雑所得となりますので、ご承知おきください。

大阪医科薬科大学病院　臨床研究センター

＊＊

2021 年 4 月 1 日

治験責任医師 各位

臨床研究センター

負担軽減費説明文書・同意文書作成について

かねてより、治験審査委員会において説明文書・同意文書の表現の内容について大阪医科薬科大学病院として表現統一をした方が望ましいとの意見がだされており、平成 28 年 10 月 17 日開催の治験審査委員会において大阪医科薬科大学病院の負担軽減費の説明文書・同意文書の推薦文として了承されましたので、説明・同意文書作成のご参考としてください。

負担軽減費説明文書・同意文書（案）

治験に参加していただく患者さんへの負担軽減費について

当院では、この治験に参加された場合、治験に参加していただいている患者さんの交通費などの負担を幾分でも軽くするために、負担軽減費をお支払いしております。

この負担軽減費は、通院されている患者さんの場合、治験のためにご来院される１回につき　○　○　○　円を、その都度お支払いすることになっております。入院下で実施される治験の場合は１入退院につき　○　○　○　円をお支払い致します。

あなたが、この負担軽減費をお受け取りになることによって、あるいは受け取らないことによって、何らかのご負担が生じたり、不利益な扱いを受けるようなことは全くありません。

以上