

「保険外併用療養費支給外経費」に係わる運用について

第2版 2015.7.15 作成
治験センター

保険外併用療養費支給外経費について、被験者の来院時請求確認のため、「来院予定表」と「本日の請求のお知らせ」を次のように提出して下さい。尚、「来院予定表」書式は各SMOのもので構いません。ご協力の程、よろしくお願いいたします。

【被験者来院予定表】

毎月1回、1ヶ月分の提出をお願いします。

提出先は①外来看護師、②外来ブロック受付、③医事課担当者の3箇所です。

mail添付する場合、個人情報が含まれるものについては治験センター指定のパスワード使用をお願いします。

【本日の請求のお知らせ】

原則次のように関連部署へ提出し、共有して下さい。

- (1) 被験者来院当日・診察受付前
医事課担当者へ提出して下さい。
- (2) 被験者受付後
「外来基本票」と共に外来ブロック受付へ提出して下さい。
- (3) 被験者診察終了時、追加請求が発生した場合(会計前)
 - ・外来ブロック受付へ内容を伝え書き換えた物を提出して下さい。
 - ・医事課担当者へ追加請求内容について電話連絡をお願いします。

「本日の請求のお知らせ」 見本

治験課題名

治験依頼者名

本日の請求のお知らせ

年 月 日

ID

氏名

下記の検査・画像代は治験請求です。

MRI

MRA

CT

ECG

採血

採尿

その他

見本

※外来ブロック受付では終了後破棄しています。

上記以外の費用は全てご本人の保険請求です。

市立函館病院 治験センター

治験コーディネーター 小野 雅子:070-6550-4530

治験コーディネーター 蛸名 抄織:070-6957-8362