西暦　　　年　　　月　　　日

**被験者の支払いに関する資料**

|  |  |
| --- | --- |
| 治験依頼者 |  |
| 治験薬 |  |
| 治験実施計画書番号 |  |
| 治験課題名 |  |

１．被験者への支払い（負担軽減費）について

治験参加による負担の軽減を図ることを目的として負担軽減費を支払うこととし、以下の通り治験依頼者が負担する。

【予定される来院回数】

　　治験実施計画書で定められた来院回数：　　　回

【算出基準】

　　治験のための来院：１回につき7,700円

　　治験のための入院：入退院1回につき7,700円

　　　＊同意取得のみの来院は支払い対象としない

　　　＊有害事象発現等の安全性確認による来院が必要となった場合は、支払い対象とする。

２．保険外併用療養費支給対象外経費について

保険外併用療養費支給対象外経費について、以下の費用を治験依頼者が負担する。

１）

２）

３）

３．規定以外の支払いについて

規定以外の費用について、以下の通り治験依頼者が負担する。

１）

２）

３）

以上