

## 治験に伴う負担軽減費に関する同意説明文書

～ 治験にご参加いただく患者さまの負担を減らすために、お支払いする費用について ～

治験に参加していただくと、通常の診療よりも検査や診察などが多くなることで来院する回数が増え、交通費や食事代など患者さまの負担が増える場合があります。治験参加に伴う負担を軽減するための費用として、1回の来院あたり10,000円が支払われます。

また、治験のために入院が必要な場合には、1回の入退院につき10,000円が支払われます。

具体的には、担当医師の指示などにより必要と認められた治験のための来院回数に乗じた金額（入院された場合は入退院の回数に乗じた金額）を、治験終了後に計算し、原則として、あなたの指定する金融機関（銀行又は信用金庫に限る）の口座に、治験終了後3ヵ月以内に病院を通じて振り込まれます。

なお、この費用は税法上雑所得となり、年間20万円を超えると確定申告が必要となります。この費用はお受け取りになられても、なられなくてもかまいません。患者さまの自由な意思で決めてください。この治験の参加に同意いただき、負担軽減費のお受け取りをお決めになりましたら、同意文書に署名し、その日付ならびに振込先の金融機関名、口座番号等をご記入下さい。

### 同 意 文 書

病 院 長 殿

治験参加に伴う負担軽減費を受領することに

- 同意します（銀行振込 ⇒ 口座を下記にご記入下さい）  
 同意します（現金支払）  
 同意しません（口座のご記入は不要です）

（患者さま） 同意日 : 20 年 月 日

署 名 :

振込口座（ご本人名義に限ります）

金融機関名	銀行 ・ 信用金庫
	支店 ・ 出張所
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

## 治験に伴う負担軽減費に関する同意説明文書

～ 治験にご参加いただく患者さまの負担を減らすために、お支払いする費用について ～

治験に参加していただくと、通常の診療よりも検査や診察などが多くなることで来院する回数が増え、交通費や食事代など患者さまの負担が増える場合があります。治験参加に伴う負担を軽減するための費用として、1回の来院あたり10,000円が支払われます。

また、治験のために入院が必要な場合には、1回の入退院につき10,000円が支払われます。

具体的には、担当医師の指示などにより必要と認められた治験のための来院回数に乗じた金額（入院された場合は入退院の回数に乗じた金額）を、治験終了後に計算し、原則として、あなたの指定する金融機関（銀行又は信用金庫に限る）の口座に、治験終了後3ヵ月以内に病院を通じて振り込まれます。

なお、この費用は税法上雑所得となり、年間20万円を超えると確定申告が必要となります。この費用はお受け取りになられても、なられなくてもかまいません。患者さまの自由な意思で決めてください。この治験の参加に同意いただき、負担軽減費のお受け取りをお決めになりましたら、同意文書に署名し、その日付ならびに振込先の金融機関名、口座番号等をご記入下さい。

### 同 意 文 書

病 院 長 殿

治験参加に伴う負担軽減費を受領することに

- 同意します（銀行振込 ⇒ 口座を下記にご記入下さい）  
 同意します（現金支払）  
 同意しません（口座のご記入は不要です）

（患者さま） 同意日 : 20 年 月 日

署 名 :

振込口座（ご本人名義に限ります）

金融機関名	銀行 ・ 信用金庫
	支店 ・ 出張所
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義	