

(別紙様式 20)

保険適用されていない範囲における使用等に係る有効性に関する使用成績
を踏まえた再評価を目指すプログラム医療機器の使用等の実施（変更）報告
書

上記について報告します。
令和 年 月 日

（ 連絡先
担当者：
電話番号： ） 保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

関東信越厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

プログラム医療機器

一般的名称及び 製品コード	医療機器の 販売名	中央社会保険医 療協議会総会 での了承年月	使用目的又は効 果	操作方法又は使 用方法	患者からの徴収 額

注1 「使用目的又は効果」欄及び「操作方法又は使用方法」欄には、チャレンジ申請を行うことが妥当であると判断されたプログラム医療機器の使用又は支給について、中央社会保険医療協議会総会において了承された評価療養の実施内容に関する使用目的、効果、使用方法等を記入すること。

注2 チャレンジ申請を行った後も継続して評価療養として実施することは可能であり、再度の届出は要さないこと。