

(別紙様式 23)

近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給の実施（変更）報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

保険医療機関（薬局）コード：

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)

販売名	対象患者数 (実人数)	対象患者数 (延べ人数)	患者からの徴収額

注1 「患者からの徴収額」は、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る特別の料金として医療機関内に掲示した金額を記入すること。

注2 「患者からの徴収額」が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料として、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の購入価格を示す資料を添付すること。

注3 本報告については、直近2ヶ月間（6月1日～7月31日）の実施状況を記載すること。

連絡先
担当者：
電話番号：