부록 4-8. 요양급여 적용 업무지원 신청서

**요양급여 적용 업무지원 신청서**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **신청 구분** | □ 신규 □ 변경 □ 종료 | | | | | | | |
| **IRB 승인여부** |  | | | **CRIS 등록번호** | |  | | |
| **기관명** | *한림대학교 ㅇㅇ성심병원* | | | | | | | |
| **연구책임자** | **성명** |  | | | **생년월일** | | |  |
| **직위** |  | | | **면허번호** | | |  |
| **연락처** |  | | | **이메일** | | |  |
| **연구담당자** | **직위** | *Ex) CRC, 연구원 등* | | | **성명** | | |  |
| **연락처** |  | | | **이메일** | | |  |
| **연구 제목** | (한글명) | | | | | | | |
| (영문명) | | | | | | | |
| **연구 시작일**  **(승인일)** |  | | | | **연구 종료일** | |  | |
| **확인사항** | **기획주체** | | * IIT (SIT 불가) | | | | | |
| **연구종류** | | * 국가연구개발사업 연구 * 해당사항 없음 | | | | | |
| **대상자수** | | 실험군 ( )명 대조군 ( )명 | | | | | |
| **식약처 심의여부** | | * 심의대상 □ 심의면제 □ 해당사항 없음 | | | | | |
| **수행기관** | | * 단일기관 □ 다기관 | | | | | |
| **연구수행기관** | 다기관인 경우 공동 연구기관 기입 | | | | | | | |
| **연구 지원 항목** | 의약품, 의료기기, 진료비, 연구비의 목록을 구체적으로 기재  ※연구비 내역서 첨부 필요 | | | | | | | |
| **예상되는 부작용(합병증)** | **주 합병증** |  | | | | | | |
| **부 합병증** |  | | | | | | |
| **제출서류** | 1. 연구계획서 2. IRB 승인통보서  3. 연구비 내역서4. 변경 계약과 관련된 서류 | | | | | | | |

\* 신청서 제출 시, 제출서류를 첨부해 주십시오.

**■지원서비스 내용 안내**

※ 본 안내 내용을 반드시 확인하신 후 서비스를 신청해 주시기 바랍니다.

○ 본 업무는 연구자 주도 임상연구 수행 시 건강보험심사평가원에서 신청하는 임상연구 요양급여 적용 결정신청서 작성을 지원합니다.

○ 본 연구의 심평원 CRIS 등록 절차를 완료하여 등록번호를 부여 받은 후 신청바랍니다.

○ 1회 신청 이후 CRC 변경 시 변경 사항 전달 부탁드립니다.

○ 장기간 요양급여 신청 누락에 따른 문제가 발생한 경우 중앙임상의학연구소는 책임을 지지 않습니다.

위와 같이 신청서를 제출합니다.

|  |  |
| --- | --- |
| **신청일** | 년 월 일 |
| **연구책임자** | (서명) |

**중앙임상의학연구소장 귀하**

중앙임상의학연구소 확인 사항

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **접수일자** |  | **접수번호** |  |
| **접수담당자** |  | **업무담당자** |  |

문의처/접수처: 중앙임상의학연구소(☏031-380-4777, 4771 전자메일: [cpharm@hallym.or.kr](mailto:cpharm@hallym.or.kr))