|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **临床研究医疗保障基金监督情况自查表** | | | | | | | | |
| **项目基本情况** | | | | | | | | |
| 试验项目名称 | |  | | | | | 申办方 |  |
| 临床研究中受试者是否存在占用医保基金情形 | | □ 否(请填写未占用医保基金承诺书部分） □ 是（请填写占用医保基金情况部分） | | | | | | |
| **未占用医保基金承诺书** | | | | | | | | |
| 经自查，本项目不存在受试者占用医保基金的情形。本人承诺以上数据均真实、准确、完整。 | | | | | | | | |
| 主要研究者（签名）： 日期： | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **占用医保基金情况** | | | | | | | | |
| 受试者编号 | 住院号 | | 收费项目明细 | 收费日期 | 金额 | 占用医保金额 | | 医保占用情形 |
|  |  | |  |  |  |  | | □方案规定的检验/检查项目  □ 临床研究相关的AE/SAE诊疗  □临床研究用研究产品 □ 其他 |
|  |  | |  |  |  |  | | □方案规定的检验/检查项目  □ 临床研究相关的AE/SAE诊疗  □临床研究用研究产品 □ 其他 |
| 经自查，本项目共计 例受试者存在医保基金占用情形，占用金额共计 元。本人承诺以上数据均真实、准确、完整。特将以上情况上报，请予指示。 | | | | | | | | |
| 主要研究者（签名）： 日期： | | | | | | | | |