令和3年9月 28 日

【メール送付先】soudankai@mhlw.go.jp

厚生労働省医政局経済課薬価係・材料価格係

医薬品・医療機器等の保険適用に関する相談会

申 込 用 紙

医薬品　・　医療機器　・　再生医療等製品

（該当するものに〇をつけてください。）

相談場所	□10 月 18 日（月） オンライン □11 月 16 日（火） 東北大学病院 □11 月 30 日（火） 岡山大学病院
希望時間	□10:00～　□10:45～　□12:45～　□13:30～　□14:15～　□15:00～ □15:45～　□16:30～ ※ご希望の時間にチェックしてください。 （1社最大30分を目安とさせていただきます。） （ご希望時間は幅広にご登録ください。）
勤務先・所属機関	
所在地	〒
申込代表者 ふりがな 氏　　名 （部署・役職） 電話番号 FAX番号 E-mail	（　　） 〈　　〉
相談出席者1・氏名 （部署・役職）	
相談出席者2・氏名 （部署・役職）	
相談出席者3・氏名 （部署・役職）	

※1回の面談につき出席者3名までの登録としてください

別紙の様式に相談内容を簡潔かつ具体的に記載し、申込書と一緒にご登録ください。

〈別紙〉

〈相談内容（医薬品又は再生医療等製品）〉

以下の点を参考に相談内容を簡潔かつ具体的に記載してください。

・薬事承認の状況について記載ください。

〈例〉〇年〇月　薬事申請予定、申請中、申請区分など

・保険収載されているもので類似医薬品はあるか。

・製品の概要について記載ください。（再生医療等製品の場合は、製品概要を参考に今回の相談が医薬品、医療機器のどちらになるか判断させていただきます。）

・書ききれない場合は任意の様式でも構いません。

〈相談内容（医療機器又は再生医療等製品）〉

以下の点を参考に相談内容を簡潔かつ具体的に記載してください。

・薬事状況について記載ください。

〈例〉〇年〇月　薬事申請予定、申請中など。クラス分類と届出/認証/承認に〇をして下さい。

・保険について（既に類似製品がある場合）

〈例〉特定保険医療材料は何か（例：110　植込型輸液ポンプ）

〈例〉関連手技は何か（例：K190-3　重症痙性麻痺治療薬髄腔内持続注入用植込型ポンプ設置術）

・製品の概要について記載ください。（再生医療等製品の場合は、製品概要を参考に今回の相談が医薬品、医療機器のどちらになるか判断させていただきます。）

・書ききれない場合は任意の様式でも構いません。

製品名：
薬事状況：
：クラス分類：　クラス　Ⅰ　・　Ⅱ　・　Ⅲ　・　Ⅳ　　薬事申請：　届出　・　認証　・　承認
特定保険医療材料　：
関連手技　：
製品概要：