別紙１

整理番号

体外診断用医薬品保険適用希望書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 測　定　項　目 |  | |
| 販　売　名 |  | |
| 測定目的 |  | |
| 測定方法 | □定性　　□半定量　　□定量 | |
| 薬事承認  （認証）番号及び  承認（認証）年月日 |  | |
| 保険区分 |  | |
| 担当者連絡先 | 担当者名： | 電話番号：  Ｅ－ｍａｉｌ： |
| 備考 |  | |

上記により、体外診断用医薬品の保険適用を希望します。

　　年 　　月 　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

厚生労働大臣　　　　　　　　　 殿