別紙１　　　　　　　　　医療機器保険適用希望書　（決定区分Ａ１（包括））

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 販 売 名 |  | | | |
| 製品名・製品コード | 製品名 | | 製品コード | |
|  | |  | |
| 類 別 |  | 一般的名称 | |  |
| 承認番号  認証番号又は  届出番号 |  | 承認年月日、  認証年月日又は届出年月日  （及び最終一部変更年月日） | |  |
| 使用目的又は効果 |  | | | |
| 製品概要 |  | | | |
| 使用成績を踏まえた  再評価希望の有無 | 有（収載時・収載後） | ・　無 |  | |
| 担当者連絡先 | 担当者名： | 電話番号： | | |
| Ｅ－ｍａｉｌ： | | |
| 備 考 |  | | | |

上記により、医療機器の保険適用を希望いたします。

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