**临床试验医保基金支付情况**

**自查报告**

1. **项目名称**

\*\*\*

1. **科室名称**

\*\*\*

1. **主要研究者**

\*\*\*

1. **申办方**

\*\*\*

1. **自查存在的问题：说明每项问题涉及的人次（数量）、金额等。如无，请写无。**

**1、**

**2、**

**3、**

1. **承诺**

本人已对该项临床试验是否存在应由试验项目承担的检查和治疗等费用转嫁到医保基金支付行为进行自查自纠，应查尽查、应纠尽纠，发现的医保违法违规问题已如实报告，没有隐瞒和虚假陈述，并立即整改，今后不会再犯。如有虚假陈述、隐瞒事实、提供虚假材料、自查自纠不尽不实以及再犯同种违法违规问题等情形，由本人承担相应法律责任。

主要研究者签字：

年 月 日