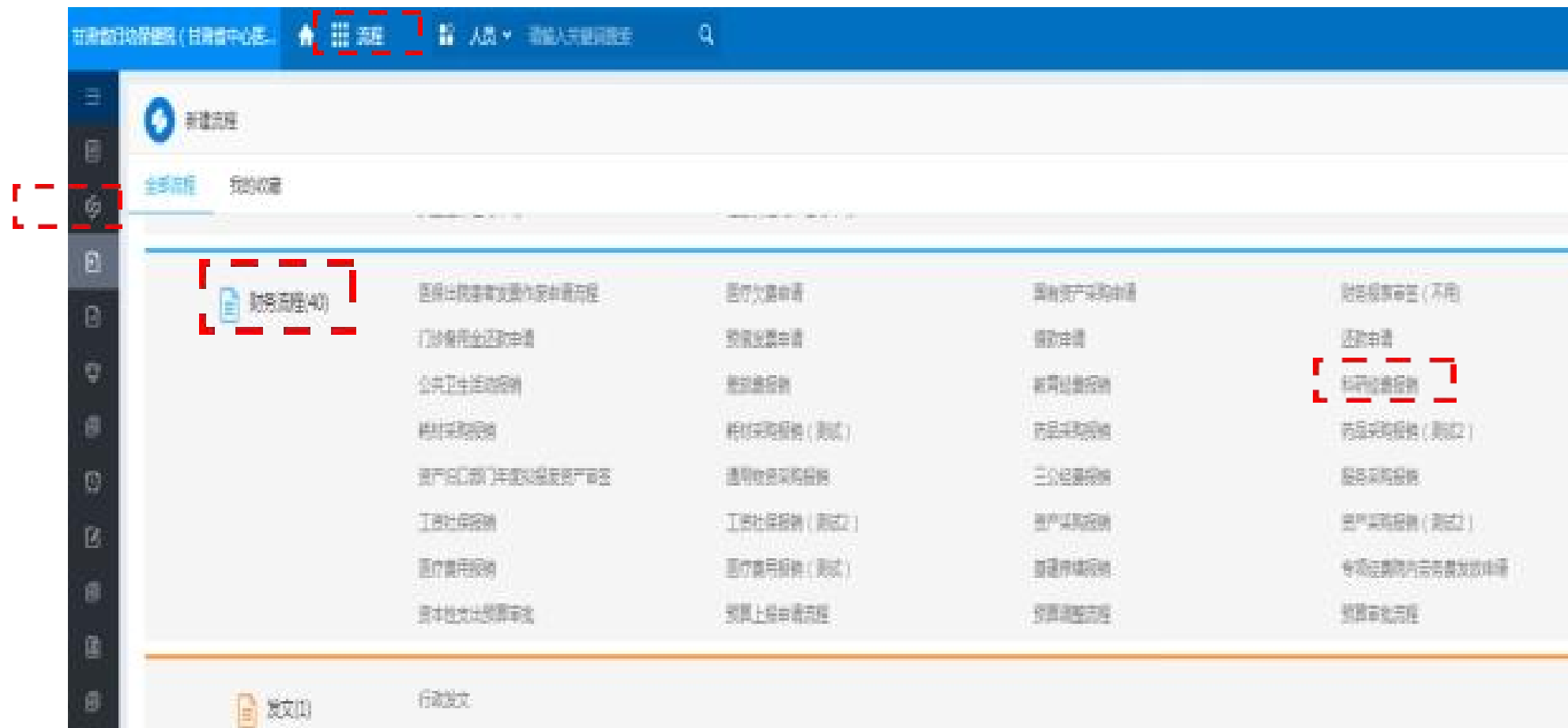


# OA填报研究参与者补助操作手册

一、PI或PI授权的经费管理员登录OA网站：<http://192.168.160.58:8085>

流程 → 新建 → 财务流程 → 科研经费报销单



二、科研经费报销单

发票右上角注明

本次实际报销总金额\*\*元，  
经办人员签字\*\*\*  
PI签字\*\*\* 签字日期\*\*\*

科研经费报销单

基础信息

申请人

所属部门

申请日期

2025-09-0

科室类别

业务

结算方式

电汇

是否有劳务费

否

是否有科研绩效

否

关联延迟报销申请

报销金额

滞后报销情况说明

报销申请摘要 XXX临床试验项目研究参与者交通补助报销  
摘要样例：《中国胎儿生长参数及个性化生长曲线的建立》版面费

项目信息

资金来源

项目资金

选择项目

搜索选择项目信息

项目类型

GCP项目

预算信息

项目预算 已使用预算 0.00 剩余预算 0.00

管理部门

科技发展部（国际合作与交流办公室、医学伦理办公室）

项目负责人

项目任务书

费用明细

提示：请按不同费用事项分开选择并在其后上传发票。

费用明细		冲销借款									
<input type="checkbox"/>	序号	费用承担部门	费用事项	费用名称	预算信息	发生日期	报销金额	核定金额	票据张数	上传发票/收据	备注
<input type="checkbox"/>	1		受试者补助	其他交通费用	可用预算: 0.00 已发生费用: 0.00 审批中费用: 0.00	2025-09-09	填写报销金额			上传涉及报销发票	
合计											

报销金额合计

核定金额

核定金额大写

冲减借款金额

0.00

应交回款项

0.00

实际支付金额

甘肃省医疗门诊收费票据

票据代码: 62060125  
票据入统一社会信用代码: 622326\*\*\*\*\*0522  
收款人: 安金成

项目名称	数量/单位	金额(元)	备注
治疗费	1 元	10.00	

金额合计(大写) 壹佰伍拾壹元整 (小写) 151.00

业务流水号: 05001629365749080 门诊号: 692647 医保类型: 自费结算 医保编号: 无 就诊日期: 20250806  
性别: 女  
医疗机构类型: 三级甲等 其他支付: 0.00 个人现金支付: 151.00  
个人自费: 0.00 个人自费: 0.00 长期累计: 0.00  
备注:

收款单位(章) 甘肃川集团有限公司职工医院(金昌市中心医院) 复核人: 707371 收款人: 707371

收费专用章

甘肃省医疗门诊收费票据(电子)

票据代码: 62060125  
票据入统一社会信用代码: 622326\*\*\*\*\*0522  
收款人: 安金成

项目名称	数量/单位	金额(元)	备注
治疗费	1 元	8.00	
副主任医师门诊诊查费	1 次	8.00	

金额合计(大写) 捌元整 (小写) 8.00

业务流水号: 05001332584456073 门诊号: 692647 医保类型: 自费结算 医保编号: 无 就诊日期: 20250730  
性别: 女  
医疗机构类型: 三级甲等 其他支付: 0.00 个人现金支付: 8.00  
个人自费: 0.00 个人自费: 0.00 长期累计: 0.00  
备注:

收款单位(章) 甘肃川集团有限公司职工医院(金昌市中心医院) 复核人: D0003 收款人: D0003

收费专用章

甘肃省医疗门诊收费票据(电子)

票据代码: 62060125  
票据入统一社会信用代码: 622326\*\*\*\*\*0522  
收款人: 安金成

项目名称	数量/单位	金额(元)	备注
治疗费	1 元	10.00	
化验费	1 元	153.00	

金额合计(大写) 壹佰陆拾叁元整 (小写) 163.00

业务流水号: 050027580 门诊号: 692647 医保类型: 自费结算 医保编号: 无 就诊日期: 2025-07-30  
性别: 女  
医疗机构类型: 三级甲等 其他支付: 0.00 个人现金支付: 163.00  
个人自费: 0.00 个人自费: 0.00 长期累计: 0.00  
备注:

收款单位(章) 甘肃川集团有限公司职工医院(金昌市中心医院) 复核人: D0003 收款人: D0003

收费专用章

用户信息：研究参与者姓名、收款银行卡号及开户行（务必**核对银行卡号信息**，避免出纳打款不成功）、金额、备注：如有患者银行卡注销情况可填报家属信息，注明与患者关系及证明信息。

账户信息

常用收款方维护

<input type="checkbox"/>	序号	常用收款方	收款方名称	收款银行(具体到开户行)	收款账号	金额	工号	备注
<input type="checkbox"/>	1							
<input type="checkbox"/>	2							
<input type="checkbox"/>	3							
<input type="checkbox"/>	4							
<input type="checkbox"/>	5							
合计								

相关附件

提示：请根据不同的附件类型上传附件，附件格式为PDF格式。

附件类型	附件上传	相关说明
科研项目任务书	主协议.pdf 3.6 KB	
科研项目预算表	打款凭证.pdf 125 KB	
其它附件	PI签字版报销说明.pdf 1.3 KB	
出入库单或线下采购申请申请表		
党委会决议		
备注		

项目主协议

PI签字版研究参与者补助发放情况说明+补助发放明细表

☒ 报销人对报销事项的真实性和合法性负责，并承担相应法律责任和后果。

### 三、研究参与者补助发放情况说明填写 示例

附件 1 研究参与者补助发放情况说明

甘肃省妇幼保健院（甘肃省中心医院）  
临床试验研究参与者补助发放情况说明

院领导：  
由 [ ]（申办者）在我院和 PI 为 [ ] 合作开展的 [ ] 项目 [ ] 现该项目顺利实施中，该项目纳入的研究参与者总计知情 5 例，筛选失败 2 例，入组 3 例，完成研究 0 例，提前退出 0 例，已提交 OA 流程发放研究参与者补助 0 例

依据药物临床试验质量管理规范中规定的及时、最大化保护研究参与者利益原则和该项目药物临床试验协议中有关为研究参与者提供相应补助费用的规定，现申请为该项目临床试验研究参与者及时发放相应补助款，其中涉及 5 名研究参与者（研究参与者编号：S70001-S70005），该项目交通补助费为 200 元/次，试验组受试者涉及采血补助为 150 元/采血点，筛选期切片补助费用为 300 元。受试者研究药物用药、AE/SAE 相关费用均予以报销。

- S70001：[ ] 于 2025 年 5 月 15 日签署知情同意书，随机分组至试验组。其中：
- ①交通补助共 1600 元，涉及访视周期为：筛选期、C1D1、C1D8、C1D15、C2D1、C2D8、计划外（SAE 导致返院治疗）、C3D1 共 8 次交通补助。
  - ②采血补助共 900 元，涉及访视周期为：C1D1-Pre、C1D1-Post、C1D8-Pre、C1D15-Pre、C1D15-Post、C2D1-Pre 共 6 次采血点。
  - ③受试者为办理住院自行挂号共 6 次，挂号费共计 18 元，详见附件发票
  - ④受试者于 2025 年 5 月 29 日至 2025 年 5 月 31 日行 C1D8 给药，住院结算费用共 705.97 元，均予以报销

综上，受试者补助合计 3523.97 元

- S70003：[ ] 于 2025 年 6 月 16 日签署知情同意书，随机分组至对照组。
- ① 交通补助共 1400 元，涉及访视周期为：筛选期、C1D1、C1D8、C2D1、C2D8、C3D1、C3D8 共 7 次交通补助。
  - ② 受试者 2025 年 6 月 16 日至 2025 年 6 月 24 日住院给药，住院费用共 973.49 元，期

间因自行要求检查“鳞状细胞癌相关抗原（共 50 元）”检测，且“阴道灌洗上药（15 元/次，共 5 次，合计 75 元）、血氧饱和度监测及心电监测（共 5 元）”均不予报销，故实际报销 843.49 元

综上，受试者补助合计 2543.49 元

S70002：[ ] 筛败受试者，报销交通补助及切片补助共计 500 元

S70004：[ ] 筛败受试者，报销交通补助及切片补助共计 500 元

S70005：[ ] 于 2025 年 7 月 24 日签署知情同意书，随机分组至试验组。其中：

- ① 交通补助共 800 元，涉及访视周期为：筛选期、C1D1、C1D8、C2D1 共 4 次交通补助。
- ② 采血补助共 600 元，涉及访视周期为：C1D1-Pre、C1D1-Post、C1D8-Pre、C2D1-Pre 共 4 次采血点。

综上，受试者补助合计 1700.00 元

上述费用共计 [ ] 元，相关依据详见附件。

特此说明，请领导批示！

附件 研究参与者补助发放明细表

经办人： **经费管理员签字**  
项目负责人： **PI 签字**  
日期：2025 年 8 月 12 日

研究参与者补助发放明细表填写 示例：姓名、身份证号、银行卡号、开户行      以上信息务必检查核对无误

附：研究参与者补助发放明细

研究参与者补助发放明细表

序号	筛选号	姓名	ID号	交通补助	采血补助	住院费用	其他补助（如外 院检查费等）	身份证号	银行卡号	开户行名称
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

PI 签字

PI签字

合计：

报销金额

.....（大写）：

报销金额大写