

○移植日を挟んで3カ月間に要する経費と保険給付金など受取見込み額を記入して下さい。

○健康保険や高額療養費、減免制度や各種給付制度などで補填・減額された後の、最終的な自己負担見込み額をご記入ください。

○公共の交通機関以外の交通費（新幹線や航空機など時期により料金変動するものを含む）や、骨髄バンク患者負担金、医療費などは領収書のコピーが必要です。金額を確認できない場合は対象外となります。

○金額が確定しているものは領収書または請求書のコピーを添付して下さい。

- (1) 医療費 公費負担、高額療養費、附加給付等で補填された後の最終自己負担額
食事療養費は対象外です。高額療養費多数回に該当していないか確認してください。

内 容	金 額 (円)	備 考
月分		
月分		
月分		

- (2) ドナーの費用 ドナー室料、骨髄液等運搬費、血縁ドナー交通費・宿泊費、骨髄バンクの患者負担金等

内 容	金額 (円)	備 考
ドナー室料		
骨髄液等運搬費の最終負担額 (不明の場合は備考欄に実費記載)		
骨髄バンクに支払う患者負担金		
同一世帯の血縁ドナーの交通費※		

※別生計の血縁ドナーの交通費の申請は備考欄に事情を記入してください。

- (3) その他の費用 検査費用等

内 容	金額 (円)	備 考

- (4) 付き添い家族の滞在費 家賃、宿泊費等 (患者が18歳未満の場合)

内 容	金額 (円)	備 考

- (5) 交通費 患者本人と、患者が18歳未満の場合の付き添い家族1名分
(タクシー、航空機、有料道路など利用の場合は領収書のコピーを添付してください)

<input type="checkbox"/> 公共交通機関 (バス ・ 鉄道 ・ 航空機 ・ その他)			
自宅 (病院) ～移植病院までの経路		片道 円	
<input type="checkbox"/> タクシー 片道 円			
<input type="checkbox"/> マイカー 車種 : ()		自宅 (病院) から移植病院までの距離 km	
※年式 : (ナンバー : 3・4・5・7)		有料道路利用 (有 ・ 無) 円	
個人 合 計	経 路 と 手 段	金 額 (円)	備 考
	本人 :		円 × 回
	家族 :		円 × 回

※ガソリン代は国土交通省発表の数値を利用して当方で計算します

- (6) 生命保険・共済、公的制度や民間団体から受取予定の給付金等の金額

内 容	金 額 (円)	備 考 (会社・団体名・対象期間)
生命保険・共済などの給付額		
公的制度、民間団体からの給付金		
退職金		

- (7) 対象となる3カ月間の治療費の支払いのために都合できる金額の明細

内 容	金 額 (円)	備 考
生計維持者の収入から		
その他の稼働者の収入から		
預貯金から		
親類等からの援助金		
その他		

資産・負債について

(単位 : 万円)

現金・預貯金		治療のための借り入れ	
有価証券の評価額※1)		未払い治療費	
不動産評価額 ※2) (持ち家 有 ・ 無)		税金・国保滞納金など	
その他資産		住宅ローンなど	

※1) 証券会社の報告書参照 ※2) 納税通知書参照