

○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