

○移植日を含む連続する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 ドナーにならなかった血縁者の HLA 検査費用等

内 容	金 額(円)	備 考

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

内 容	金 額(円)	備 考