

○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