

■患者負担金（国内料金）

2018年4月
(公財)日本骨髄バンク

骨髄バンクを介して移植を希望される患者さんご家族に、コーディネートの各過程における検査料・手数料等をご負担いただいております。何卒、ご理解のうえお支払いいただきますようお願いいたします。

	負担金項目	金額	備考
1	患者HLA確認検査料	負担なし	患者登録後直ちに実施 (SBT法 A・B・C・DR座)
2	一般血液検査 (ドナースクリーニング検査)料	5,000円	ドナー候補者1名ごと
3	ドナー確認検査手数料	3,000円	ドナー候補者1名ごと
4	最終同意等調整料	41,000円	
5	ドナー団体傷害保険料	25,000円	
6	採取・フォローアップ調整料	49,000円	
7	その他の検査料	検査実費	患者・主治医の希望により行う検査

※各料金については、国の指導により、コーディネート中に変更することがあります。

1. 患者HLA確認検査料

患者さんのHLA型(A・B・C・DR座)は、より適合したドナー候補者(以下、ドナー)を見い出すために、精度が高いタイピング方法(SBT法)による確認検査を行います。患者HLA確認検査は、患者登録後直ちに実施します。

料金は**4万3200円**ですが、全額を骨髄バンクが負担しています。

*登録前に一定の条件下でSBT法またはNGS法によるHLA検査を実施している場合は、患者HLA確認検査を省略することができます。この場合、主治医より提出されたHLAデータが患者さん本人のデータであることを確認するため、登録後、本人確認検査(HLA-A、B座のみ)を実施していただきます。料金は**9,504円**ですが、全額を骨髄バンクが負担しています。

*過去に移植を行った患者さんや、治療により白血球数が少ない患者さんは、口腔粘膜による患者HLA確認検査が可能です。この場合、DNA抽出料として**5,400円**がかかります。

*その他のHLA型オプション検査については『7. その他の検査料』をご覧ください。

*患者さんの状態によっては、HLA遺伝子型の判定ができないことがあります。再検査を実施する場合は別途、検査料金がかかります。

2. 一般血液検査(ドナースクリーニング検査)料

ドナーの健康状況を確認するため、一般血液検査を行います。**ドナー1人につき5,000円**です。

請求書は、検査結果が出た時点で送付します。

*一般血液検査料はドナー1人につき**8,985円**ですが、差額の**3,985円**は骨髄バンクが負担しています。

*ドナーのHLA型オプション検査については『7. その他の検査料』をご覧ください。

3. ドナー確認検査手数料

確認検査を実施するための、ドナーへの連絡調整や採血に伴う費用などが含まれています。

料金は **ドナー1人につき3,000円**です。請求書は、上記2と同時に送付します。

*同時に進行するドナーの人数を制限することも可能ですので、主治医とよくご相談ください。

4. 最終同意等調整料

ドナーの最終同意を確認するための連絡調整や、ドナーの術前健康診断・自己血採取・G-CSF投与などに要する連絡調整の費用などが含まれます。料金は**4万1000円**です。

5. ドナー団体傷害保険料

万一、ドナーが採取に伴う事故に遭われた場合に補償するための傷害保険料で、**2万5000円**です。

6. 採取・フォローアップ調整料

ドナーの提供のための入院に伴う連絡調整や、健康状態のフォローアップに要する費用などが含まれます。料金は、**4万9000円**です。なお、移植成績を含む各種統計調査に要する費用なども含まれています。

*ドナーの最終同意が確認された時点で、上記4～6の**合計11万5000円を一括して請求**します。

この請求は、登録中に1回限りです。

*最終同意確認後であってもドナーの健康診断結果ややむを得ない事情により採取に至らない場合があります。

この場合は、上記「5. ドナー団体傷害保険料」と「6. 採取・フォローアップ調整料」は返金します。

通常は登録取消し後に返金しますが、ご登録中に一旦返金を希望される場合はご相談ください。

7. その他の検査料

主治医の判断で実施されるHLA オプション検査は、患者さんに実費を負担していただきます。

HLA検査項目 (SBT法)	料金
A・B・DR座	32,400円
A・B・C・DR座	43,200円
A座	14,040円
B座	14,040円
C座	14,040円
DR座	14,040円
DP座	7,560円
DQ座	7,560円

*HLA 検査をドナー登録時のみしか実施していないドナーは、HLA データがドナー本人のデータであることを確認するため、骨髄等の提供が決定したら本人確認検査(HLA-A、B座のみ)を実施します。

この検査料**9,504円**は、骨髄バンクが負担しています。

8. 各費用の税金控除、免除などについて

(1) 患者負担金は、確定申告での医療費控除の対象です(入金確認後、当法人より領収書を発行します)。

(2) 経済的に困りの患者さんは、世帯の所得税の年額などにより、患者負担金の免除が受けられます。

詳細は別紙「患者負担金の免除について」をご参照ください。

免除申請されてもコーディネート進行上、不利益が及ぶことはまったくありません。ご遠慮なく申請してください。

(3) 骨髄液または末梢血幹細胞の運搬費用は、健康保険等の療養費払いになります。

一旦お支払いいただいた後に、健康保険等に療養費として申請すると、後日返金されます。

申請方法は、ご加入の健康保険組合・社会保険事務所等にお問合わせください。

(海外からの提供も同様)

9. その他

(1) ドナーが提供のため入院する際に、特室料(差額ベッド代)が生じたときは患者さんの負担となります。

金額は数万円～40万円程度と、採取施設によって変わりますのでご了承ください。

この費用は当法人を介さず、採取施設から移植施設に直接請求されます。

(2) 移植中止により骨髄等運搬のための交通費等にキャンセル料が生じた場合も、患者さんにご負担いただくこととなります。