

平成 19 年 ( 2007 年 ) 6 月 27 日

登録責任医師・移植担当医師 各位

財団法人 骨髄移植推進財団  
理事長 正岡 徹

## HLA 検査料引き下げのお知らせ

このたび、検査委託会社のご協力によりまして、7月9日(月)検査受付日(=採血日)より、HLA 検査料 ( SBT 法 ) を引き下げいたしますので、お知らせいたします。  
変更後の料金は以下のとおりとなります。

\* 7月9日付をもって、「平成 18 年 8 月 1 日付患者負担金 ( 国内料金 ) 」記載の HLA 検査料は以下のとおり変更いたします。

HLA 検査料(SBT 法)	現行	変更後	差額
A・B・DR 座 (患者)	42,000 円	31,500 円	10,500 円
A・B・DR 座 (ドナー)	45,675 円		14,175 円
A・B・C・DR 座 (患者)	59,850 円	42,000 円	17,850 円
A・B・C・DR 座 (ドナー)	61,425 円		19,425 円
A 座	16,800 円	13,650 円	3,150 円
B 座	17,325 円	13,650 円	3,675 円
C 座	17,850 円	13,650 円	4,200 円
DR 座	18,375 円	13,650 円	4,725 円

( DP 座、DQ 座については現行とおり 16,800 円 )

患者負担の軽減を図るため、下記のものについては引き続き当財団で負担いたします。

骨髄提供者が平成 17 年 3 月以降に登録していた場合、本人確認のための HLA 検査費用 9,450 円

ドナー候補者の一般血液検査費用 9,000 円 ( 1 人につき ) の一部である 1,000 円  
生活保護を受けている、または低所得であるため支払が困難な患者さんには、免除規定により患者負担金の全部または一部

ご不明な点は下記へお問い合わせください。

お問い合わせ先  
骨髄移植推進財団 移植調整部  
TEL 03 - 5280 - 4771