

平成 20 年 (2008 年) 3 月 21 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

患者負担金引き下げのお知らせ

このたび、当財団の理事会において 4月1日(火)より 下記のとおり患者負担金を変更することになりましたので、お知らせ申し上げます。

なお、各手数料・調整料は 4月1日(火)請求分より、HLA 検査料 (SBT 法によるオプション検査) は 4月1日(火)検査受付分(=採血日)より、適用となります。

負担金 項目	現行	変更後	差額
ドナー確認検査手数料	9,000 円	3,000 円	6,000 円
最終同意面談調整料	58,000 円	41,000 円	17,000 円
骨髄提供調整料	66,000 円	49,000 円	17,000 円
DP 座(SBT 法オプション検査)	16,800 円	7,350 円	9,450 円
DQ 座(SBT 法オプション検査)	16,800 円	7,350 円	9,450 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 9,240 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
財団法人 骨髄移植推進財団
移植調整部
TEL 03 - 5280 - 4771