

※JMDP 患者登録にあたり、事前に造血幹細胞移植支援システム（医療機関支援機能）への患者登録〔仮登録〕が必要です。

JMDP 患者登録時、提出書類チェックリスト

※封緘前に下記の書類が揃っていることをご確認ください

- 日本骨髄バンク患者登録に関する同意書（原本）
 - HLA 検査結果コピー（NGS-SBT 法による HLA データで登録の場合のみ）
 - 患者負担金の請求方法について／患者負担金請求先連絡用紙
 - 患者負担金の免除申請書（申請する場合のみ）
 - JSTCT 移植施設認定委員会からの回答書（LVC の場合のみ）
- } 患者登録後のご提出も可能です。

JMDP 患者登録にあたってお読みください。

- ・ JMDP 患者登録前に必ず「造血幹細胞適合検索サービス」(<http://search.bmdc.jrc.or.jp/web/pbcmp/top/>)でドナー状況をご確認ください。
- ・ 移植医師が不在の場合、代行していただける医師名または HCTC 名を必ずご記入ください。
- ・ 患者登録後、可能な限り速やかに患者 HLA 確認検査を実施してください。
- ・ 当法人からのコーディネートに関する問い合わせ等に対しては、原則翌日までにご回答ください。
- ・ 主治医が移植予定施設の医師でない場合は特に連絡を密に取りながら、コーディネートを進めてください。

<参考資料>

- 患者コーディネートの進め方
- 日本骨髄バンクのコーディネートについて ダイジェスト版
<https://www.jmdp.or.jp/medical/familydoctor/cordinate.html>
- 患者さんとご家族のための骨髄バンクハンドブック
https://www.jmdp.or.jp/recipient/info/post_368.html

日本骨髄バンク 2023 年 5 月

以下を封筒に貼り、宛て先としてご利用ください。

----- 切り取り -----

〒101-0054

東京都千代田区神田錦町3-19 廣瀬第2ビル7階

公益財団法人 日本骨髄バンク 移植調整部 行

（日本骨髄バンク患者登録に関する同意書 在中）

コーディネートについての説明書

◆ コーディネートの流れ

骨髄バンクにおけるコーディネートの指示は全て、医師を通して行われます。

1. 患者登録	<p>< 患者登録基準 > ※骨髄移植、末梢血幹細胞移植のどちらも、患者登録基準は同じです。</p> <p>年 齢 : 制限なし 疾 患 : 厚生労働省令で定める疾病 その他 : 血縁者から提供を受けられない場合</p> <p>患者登録受け付け次第、冊子「患者さんご家族のための骨髄バンクハンドブック」等をお送りします。</p> <p>< 移植施設について ></p> <ul style="list-style-type: none">・ 非血縁者間造血幹細胞移植は、一般社団法人 日本造血・免疫細胞療法学会に認定された診療科に限り、実施可能です。
2. ドナー検索	<p>登録後、直ちに日本赤十字社においてドナー検索を行います。</p> <ul style="list-style-type: none">・ HLA 適合数を中心とした評価点(血液型・体重等を含む)が高いドナー候補者(以下、ドナー)から順に検索して移植医師に報告します。・ 検索は平日毎日実施しています。・ フルマッチ(6抗原適合)ドナーの他に、必要に応じてミスマッチ(5抗原適合)ドナーを検索することもできます。
3. ドナーとのコーディネート開始	<p>検索されたドナーの中からどのドナーのコーディネートを開始するか、移植医師からの指示を受け、日本骨髄バンク(以下、当法人)においてコーディネートを進めます。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 同時進行可能なドナー人数は、登録後の初回のみ最大 10 名、その後は 5 名未満になった時点で新たなドナーを開始でき、最大 5 名までとなります。・ 骨髄または末梢血幹細胞提供が可能なドナーであっても、コーディネート開始後に健康面・意思面含め、条件をひとつでも満たさない場合は、どちらかの採取方法に限定されます。

4. 確認検査

確認検査では、患者さんとドナーは各々以下の項目について検査を実施します。

検査項目	患者さん	ドナー	備考
NGS-SBT法 ^(注1) HLA 検査(11座) 【A,B,C,DRB1,DRB3/4/5,DQA1,DQB1,DPA1,DPB1】	必須	オプション	
一般血液検査	—	必須	
蛍光ビーズ法 ^(注2) HLA 検査(A,B,C,DR 座)	—	必須	4 座 (A,B,C,DR 座) の 遺伝子型が判明していな いドナーが対象

(注1) NGS-SBT 法は蛍光ビーズ法よりも精度の高い検査です。

(注2) 蛍光ビーズ法では遺伝子型が確定できず可能性のある複数の遺伝子の中から日本人の遺伝子頻度から絞り込んだ形で報告されます。

(1) 患者 HLA 確認検査

登録後、より精度の高いデータで適合したドナーを検索するため、当法人指定の検査機関で患者 HLA 確認検査 (NGS-SBT 法) を実施します。

患者さんの本人確認検査について

登録前に NGS-SBT 法での HLA 検査を実施している場合は、登録後の患者 HLA 確認検査を省略します。ただしその場合、検体の取り違えがないことを確認するために本人確認検査(HLA-A,B)が必要です。

(2) ドナー確認検査

一般血液検査および必要に応じて HLA 検査 (蛍光ビーズ法) を実施します。

蛍光ビーズ法について

- ① 蛍光ビーズ法で出された 4 桁の遺伝子型はあくまでも被検者が日本人であると仮定した場合に予想される型です。
- ② ドナーが日本人でない場合には、この遺伝子型は参考になりません。
- ③ ドナー登録者の国籍は確認していません。
- ④ ドナーが日本人でも、稀な遺伝子型を保有している場合には、蛍光ビーズ法で出された 4 桁の遺伝子型と異なる可能性があります。
- ⑤ 上記①～④などの場合、フルマッチとされていたドナーが実際にはミスマッチとなり GVHD の発症・重症化に至る可能性や、生着不全の可能性がります。患者が HLA-DR,-DQ,-DP 抗原に対する抗 HLA 抗体を保有している場合や、より厳密に患者とドナーの HLA 適合性を評価することが望ましいと考えられる場合などは、NGS-SBT 法によるドナーの追加検査(44,000 円)を行うことが可能です。

5. 1位ドナー選定（ドナーを1人に絞ります）

移植医師は、ドナーの確認検査結果をみた上で、どのドナーに提供を依頼（1位選定）するか判断します。当法人は医師からのドナー選定指示を受け、採取に向けて調整を開始します。

- ・ 1位選定されたドナーは最終同意面談に進みます。提供に同意すると、ドナーは提供までの間、身体的・精神的に強い束縛を受けます。そうしたドナーの気持ちを十分ご理解のうえで、患者さんも移植に対するご意思を再度ご確認ください。
- ・ 「骨髄または末梢血幹細胞ドナー」としてコーディネートが進んでいる場合、どちらの方法で採取を行うかについて、この段階で医師から最終的な希望を出していただきます。これ以降は移植側から採取方法を変更することはできません。
- ・ ドナーに対してもこれ以降は採取方法の変更は原則できない旨を伝えますが、万一ドナー側から採取方法変更があった場合は医師にお知らせします。
- ・ 一部のドナーについては、ドナー登録時に検体の取り違えがなかったことを確認するための本人確認検査(HLA-A,B)を実施します。本検査費用は、当法人が負担します。

6. 最終同意

1人に絞り込まれたドナー本人、およびその家族との面談を行い、骨髄または末梢血幹細胞提供に関する最終的な同意を確認します。

<注意事項>

- ・ ドナーが骨髄・末梢血幹細胞のいずれも提供可能な場合、最終同意面談では、最終的に移植側が希望した採取方法について同意を確認します。
- ・ 最終同意が確認された後、ドナーの希望に応じて患者さんの年代（20代など）、性別、居住地域（関東地区など）をお伝えする場合があります。

骨髄移植

末梢血幹細胞移植

7. 移植準備・移植

ドナーの最終同意が確認された後、採取前健康診断の結果をもって提供可能なドナーかどうかの判断がなされます。

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 採取の約 1～3 週間前に、骨髄採取予定量に応じたドナー自身の自己血を、1～2 回（1回 200～400ml）に分けて採血し骨髄採取に備えます。・ 骨髄採取の際には全身麻酔をかけます。 | <ul style="list-style-type: none">・ 採取の 3～4 日前から G-CSF（顆粒球コロニー刺激因子）の投与を開始します。・ 投与 4～5 日目に末梢血幹細胞を採取しますが、採取した細胞が不十分な場合は、翌日も採取します。・ 2日にわたって運搬する場合、その分の費用がかかります。 |
|---|--|

<注意事項>

- ・ 患者負担金は、どちらの移植方法であっても変わりません。ただし、個室料（差額ベッド代）、運搬費用等については変わることがあります。

◆ その他

1. 再コーディネート

希望により、一度コーディネートを終了したドナーとの再コーディネートが可能な場合があります。その場合、当該ドナーが他の患者さんとのコーディネート中でないこと、ドナー登録が取消／保留でないことが条件です。

2. コーディネート保留 / ドナー検索停止

コーディネート保留 : コーディネート中のドナーを確保したまま、最大 60 日間のコーディネート保留が可能です。
ドナー検索停止 : 患者登録を続けたままドナーを解除(終了)し、1年間検索を停止できます。

3. 海外バンクとのコーディネート

米国、台湾、韓国、中国の骨髄バンクドナーとのコーディネートが可能です。

〈お問い合わせ先〉

日本骨髄バンク 患者問合せ窓口

TEL : 03-3296-8699

(平日 10:00~17:00)

- * コーディネート状況は、全て医師にお知らせし、医師から患者さんにお伝えいただいております。
- * 患者さんからのお問い合わせがあれば、その時点でのコーディネート状況を「患者問い合わせ窓口」よりお知らせすることもできます。

■患者負担金（国内料金）

2022年12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とご家族に、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 (NGS-SBT法 11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	登録中に1回限り
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 オプション検査料	44,000円	患者・主治医の希望により行う検査

※各料金はコーディネート中に変更することがあります。最新情報は当法人ホームページをご覧ください。

(HOME > 患者さんへ > 骨髄バンク利用料金 > 患者負担金)

1. 患者HLA確認検査料

患者さんのHLA型(A,B,C,DRB1,DRB3/4/5,DQA1,DQB1,DPA1,DPB1)は、より適合したドナー候補者(以下、ドナー)を見いだすために、精度が高いタイピング方法(NGS-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**4万4000円**ですが、全額を当法人が負担しています。

- *登録前に一定の条件下でNGS-SBT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)を実施していただきます。料金は**9,680円**ですが、全額を当法人が負担しています。
- *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**5,500円**がかかります。
- *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当法人より患者さんに送付されます。

*一般血液検査料はドナー1人につき**9,152円**ですが、差額の**4,152円**は当法人が負担しています。

*ドナーのHLA型オプション検査については「7. オプション検査料」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. 一般血液検査(ドナースクリーニング検査)料」と同時に送付されます。

*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

1位選定ドナー(以下、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. オプション検査料

主治医の判断で実施されるドナーHLA オプション検査は、患者さんに実費をご負担いただきます。

ドナーHLA検査項目 (NGS-SBT 法)	料金
A, B, C, DRB1, DRB3/4/5, DQA1, DQB1, DPA1, DPB1	44, 000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、1位選定時に本人確認検査(HLA-A,B)を実施します。

この検査料**9,680円**は、当法人が負担しています。

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の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い合わせください。(海外からの提供も同様)

9. その他

ドナーが提供のために入院する際、個室料(差額ベッド代)が生じたときは患者さんのご負担となります。金額は数万円～40万円程度と、採取施設の状況、ドナーの入院日数等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。

■患者負担金参考モデル

2020年3月
(公財)日本骨髄バンク

1. ドナー候補者4人の確認検査を実施し、移植を行った場合 ～骨髄バンクを介して移植される方の平均的なケース～

項目	金額
患者 HLA 確認検査料(NGS-SBT 法: 11 座)	負担なし
一般血液検査(ドナースクリーニング検査)料 5,000 円×4 人	20,000 円
ドナー確認検査手数料 3,000 円×4 人	12,000 円
最終同意等調整料	41,000 円
ドナー団体傷害保険料	25,000 円
採取・フォローアップ調整料	49,000 円
負担金 合計	147,000 円

2. ケース別 患者負担金額

項目	金額	
移植実施	ドナー5人検査	155,000 円
	ドナー4人検査	147,000 円
	ドナー3人検査	139,000 円
	ドナー2人検査	131,000 円
	ドナー1人検査	123,000 円
移植実施せず (最終同意前に終了)	ドナー5人検査	40,000 円
	ドナー4人検査	32,000 円
	ドナー3人検査	24,000 円
	ドナー2人検査	16,000 円
	ドナー1人検査	8,000 円

*ドナーHLA オプション検査料金は含まれません。

日本骨髄バンク患者登録に関する説明書

1. 非血縁ドナーとのコーディネートについて

- ① ドナーとのコーディネートは、別紙「コーディネートについての説明書」に記載のとおり行い、コーディネートに関する情報は全て移植医師に連絡します。
- ② コーディネートに際しては、ドナーの自発的な意思を尊重し、ドナーの安全確保を最優先し、ドナーのプライバシーを保護します。
- ③ 日本骨髄バンク（以下、当法人）が十分に意思を確認した上でも、極めて例外的なことですが最終同意後にドナーが翻意を申し出る可能性が否定できません。
万一このようなことが起きた場合、強制はできないため、提供いただけないことがあります。
- ④ 移植当日を含むどのコーディネート段階においても、ドナーの健康状態等の理由によりコーディネートが延期または終了となる可能性があります。また、ドナーの健康状態によっては、予定されていた採取量が移植直前に変更される場合があります。延期、終了、採取量変更の理由はお伝えできません。

2. 患者 HLA 確認検査と再検査用の検体保存について

患者 HLA 確認検査後に再検査が必要となった場合に備え、患者 HLA 確認検査時に採血した血液の一部を検査機関で一定期間保存し、その後廃棄します。

3. ドナー確認検査について

- ① 医師からコーディネートの開始指示があり、かつ問診票等により健康状態および提供意思が確認されたドナーについては、ドナー確認検査を実施します。対象となる検査は、一般血液検査、および、必要に応じて実施する蛍光ビーズ法による HLA 検査です。
- ② 蛍光ビーズ法では遺伝子の確定ができず可能性のある複数の遺伝子の中から日本人の遺伝子頻度をもとに絞り込んだ形で HLA 型が報告されます。
オプション検査（NGS-SBT 法）の追加については医師とご相談ください。
- ③ 検査の結果、ドナーが提供できないと判断された場合も、検査費用は請求させていただきます。
- ④ ドナー確認検査の結果は、コーディネート終了後、他の患者とのコーディネートを行う際に利用します。

4. コーディネートの各手続きにかかる料金の支払いについて

移植までの手続きが進む都度、別紙「患者負担金（国内料金）」にそって料金を請求しますので、速やかにお支払いください。

5. 骨髄または末梢血幹細胞移植に関わる患者／ドナーの情報を公開しないことについて

- ① 患者／ドナーのプライバシー保護と、骨髄バンク事業の公正性を維持するため、移植日、移植施設等、患者さんが特定される可能性のある情報は、不特定多数が知り得る場所や手段（※注）で公開しないでください。
また、報道機関などの取材を受ける場合には、事前に当法人にご連絡ください。
- ② 移植後にドナーと手紙交換をする場合、手紙の画像や内容を、以下のようなもの（※注）に掲載・公開しないでください。

※注 特定のグループや友人など公開先が限定される場合も含まれます。

- ・テレビ、ラジオ、新聞、雑誌・書籍等の出版物
- ・SNS（ツイッター、インスタグラム、フェイスブック、ユーチューブ、ライン等）、電子メール、SMS等
- ・ホームページ、ブログ
- ・各種イベント

近年のソーシャルメディアの普及により誰もがインターネットを介して情報発信可能となり、お手紙の筆跡や内容が読み取れる画像をSNSやテレビで公開される事例が相次ぎました。万一、患者／ドナーのペアが特定されてしまうと双方にとって不利益が生じる可能性があります。

6. 骨髄または末梢血幹細胞提供を受けることにより起こり得る極めてまれな可能性について

- ① 移植される骨髄または末梢血幹細胞は、事前の検査で最善を尽くしても、感染の危険性が否定できない可能性があります。
- ② ドナー由来の造血細胞が患者の体内で何らかの変化を起こす可能性やその造血細胞由来の疾患を発症する可能性が否定できません。また、ドナーの遺伝変異があった場合、それが患者さんに伝わる可能性があります。そのような場合は、その情報が移植施設から当法人に報告され、必要に応じてドナーに伝えられることをご了承ください。

7. ドナーへの患者情報の提供について

ドナーの最終同意確認後に、ドナーから患者情報を知りたいとの希望があれば、患者の年代、性別、居住地域に限りドナーに伝えることをご了承ください。

8. 個人情報の取り扱いについて（次頁参照）

個人情報 の 取扱い について

公益財団法人 日本骨髄バンク（以下、当法人）は、個人に関する情報（以下、個人情報）を「移植 に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」に定める骨髄・末梢血幹細胞提供あっせん事業において必要な範囲内で、「個人情報の保護に関する法律」に基づき利用します。

個人情報 の 利用目的

- 骨髄・末梢血幹細胞提供あっせん事業に必要な調整業務（以下、コーディネート）
- ドナー・患者に関する管理・運營業務（経理、医療安全対策等）
- 移植成績向上、ドナー・患者の安全性向上、コーディネートの維持・改善のための研究、資料作成等
- 当法人の普及啓発活動

個人情報 の 共同利用

骨髄バンク事業は多くの関係機関、関係者が一体となって行います。そのため、個人情報を以下の予め当法人が必要と認めた機関・個人との間で使用します。

- コーディネートを実施するための、コーディネーター・調整医師・採取施設・移植施設・日本赤十字社・その他の機関・関係者との共同利用
- 国際コーディネートにおける、海外の骨髄バンク等への提供
- 一般社団法人 日本造血・免疫細胞療法学会ならびに一般社団法人日本造血細胞移植データセンターが実施する疾患登録等のための提供
- ドナー・患者の健康被害等の対応として、国内外の医師・有識者等に意見・助言を求めるための提供、および報告のための国内外の関係機関への提供

<研究利用について>

移植成績向上、ドナー・患者の安全性向上、普及啓発活動等の研究を行うため、当法人または関連する機関の倫理審査で承認された研究者へ、個人を識別あるいは特定できない形にしたうえで提供されることがあります。

研究利用に「同意しない」場合、もしくは同意の撤回を希望する場合は、患者問い合わせ 窓口（TEL：03-3296-8699）にご連絡ください。

当法人情報セキュリティポリシーについての詳細は以下をご覧ください。

<https://www.jmdp.or.jp/policy.html>

申込番号：

※医療機関支援機能から発番される番号を移植医師に確認いただき必ずご記入ください。

日本骨髄バンク患者登録に関する同意書

私（患者）は、以下について説明を受け、十分に理解した上で、骨髄バンクに登録しているドナーとのコーディネートを進め、骨髄または末梢血幹細胞移植を受けることを了承しましたので、登録／移植医師より日本骨髄バンクに患者登録されることにつき同意します。

1. 非血縁ドナーとのコーディネートについて
2. 患者 HLA 確認検査と再検査用の検体保存について
3. ドナー確認検査について
4. コーディネートの各手続きにかかる料金の支払いについて
5. 骨髄または末梢血幹細胞移植に関わる患者/ドナーの情報を公開しないことについて
6. 骨髄または末梢血幹細胞提供を受けることにより起こり得る極めてまれな可能性について
7. ドナーへの患者情報の提供について
8. 個人情報の取扱いについて

枠内は必ずご記入ください

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名（自署） _____ ふりがな _____

生年月日（西暦） _____ 年 _____ 月 _____ 日

*年齢・体調などの理由で家族の代諾となる場合は、患者本人・代諾者の両方の氏名を代諾者をご記入ください。

代諾者氏名（自署） _____ 続柄 _____)

患者住所 _____

（説明者記入欄）

私は、「コーディネートについての説明書」ならびに「日本骨髄バンク患者登録に関する説明書」に基づき、患者さん（本人または代諾者）に説明し登録の意思を確認しました。

枠内は必ずご記入ください。

*説明者が医師以外の場合は職種もご記入ください

説明者氏名（自署） _____ 職種 _____

所 属 _____ 病院 _____

次頁に続く

(公財)日本骨髄バンク 行

申込番号：

●移植認定診療科／移植医師（患者 HLA 確認検査を除く全行程の担当）

_____ 病院 _____ 科

医師氏名 _____ ふりがな _____

TEL _____ FAX _____

移植医師不在時の連絡先（不在時に代行していただける医師名もしくは HCTC 名をご記入ください）

医師 HCTC

氏名 _____ ふりがな _____

当該患者の移植歴（自家移植を除く） 無 ・ 有 ※患者 HLA 確認検査時の参考にさせていただきます。

●登録医師（患者 HLA 確認検査の採血担当）※施設名・住所は、移植医師と異なる場合のみご記入ください。

_____ 病院 _____ 科

〒 _____

住所 _____

医師氏名 _____ ふりがな _____

TEL _____ FAX _____

申込番号：

患者負担金の請求方法について

当法人からの患者負担金請求書は、患者さんが指定した負担者にお送りします。下記の必要事項をご記入のうえ登録申請時にご提出ください。

- * 「負担者氏名」欄には、支払っていただける方で、請求書が確実に届く方のお名前を記入してください。
- * 患者負担金免除の申請をされる場合も、この用紙は必ずご提出願います。
- * ご記入いただいた住所・氏名・電話番号は、当法人から患者さんに送付するパンフレットおよびアンケートの送付先、また、問い合わせ先などとしても使用させていただきます。
- * 請求書類は、「JMDF」(※)名でお送りいたしますのでご了承ください。

※JMDF：Japan Marrow Donor Foundation

患者負担金請求先連絡用紙

_____年____月____日

(公財) 日本骨髄バンク 行
当法人記入欄/ID：_____

患者氏名 _____ 様(ふりがな： _____ 生年月日(西暦)： ____ / ____ / ____)
のコーディネートに際し、今後、日本骨髄バンクより送付される負担金の請求書については、
以下の宛先に送付してください。

※ご事情により負担者が決まらない場合は、登録申請日から2週間以内に決定してこの用紙をお送りください。

負担者氏名： _____ 患者との続柄： _____

郵便番号：〒 _____

住所： _____

電話番号： _____

- * 上記の負担者が本人の場合、または、知人などで「家族」または「家族に準ずる方」以外の場合は、
以下もご記入ください。

家族または家族に準ずる方の氏名： _____ 患者との続柄： _____

郵便番号：〒 _____

住所： _____

電話番号： _____

患者さんのコーディネート・負担金に関するお問合せについて

日本骨髄バンクでは、患者さん(ご家族)からの問合せに応じて、患者さんのコーディネート状況についてお答えしています。上記の患者負担金請求先連絡用紙に記載された方の他に、お問合せ者として想定される方(できるだけ、配偶者、親子、兄弟姉妹までの範囲内)の氏名等を2名までご記入ください。

本人(代諾者)の同意のもと記載された方以外から、コーディネート状況や負担金に関してお問合せいただいても、お答えできませんのでご了承ください。

1. 氏名 _____ 続柄 _____ TEL _____

2. 氏名 _____ 続柄 _____ TEL _____

■患者負担金の免除について

当法人では、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料金をご負担いただいております。

経済的なご事情で支払いが困難な方々には、患者負担金（国内料金）の全部、または一部を下記の基準により免除しています。以下に該当する方（世帯）が対象となります。また、海外ドナーとのコーディネート費用については、下記の免除基準に従って100万円を限度に免除しています。

患者負担金 免除基準

免除の対象となる方々	免除率
生活保護受給世帯 住民税非課税世帯 所得税非課税世帯	100%
所得税年額 16,800円以下の世帯	90%
所得税年額 42,000円以下の世帯	70%
所得税年額 80,000円以下の世帯	50%

※所得税年額は世帯の合計ではなく、世帯の中で所得税年額が一番高い方が80,000円以下の場合、免除対象となります。

《必要な公的機関の証明書》

生活保護世帯の方			取得できる場所
<必須>	①世帯全員の住民票	…患者さんがいらっしゃる世帯のもので、「世帯全員」と記載されているもの ※単身世帯の場合でも「世帯全員」のものを取得ください	市区町村
<必須>	②生活保護受給証明書	…上記住民票に記載のある方全員が生活保護を受給していることを証明するもの	福祉事務所 都道府県

生活保護世帯以外の方			取得できる場所
<必須>	①世帯全員の住民票	…患者さんがいらっしゃる世帯のもので、「世帯全員」と記載されているもの ※単身世帯の場合でも「世帯全員」のものを取得ください	市区町村
<必須>	②上記住民票に記載がある方全員の所得課税証明書	…所得・控除・税額の内訳がそれぞれ記載されているもの(省略不可) …住民税非課税の方は非課税証明書でも可	市区町村
<任意>	③源泉徴収票(コピー)	…会社勤めの方で住宅ローン控除を受けられている方	勤務先
	④確定申告書控(コピー)	…自営業等で確定申告されている方、住宅ローン控除を受ける方(初回)	—

※所得のない扶養家族（子供等）の場合、非課税証明書は必要ありませんが所得課税証明書で扶養家族等の控除内容が明記されているものを提出してください。

※上記以外に証明書を必要とする場合等は個別にご連絡させていただきます。

負担金の免除を希望される場合は、「患者負担金の免除申請書」に必要事項記入のうえ、公的機関の証明書等を添付し、下記あてに郵送してください。

〒101-0054 東京都千代田区神田錦町3丁目19番地 廣瀬第2ビル
公益財団法人 日本骨髄バンク 総務部 あて

【申請にあたって】

- ・負担金の免除を希望される場合は、患者登録時または登録後できるだけ速やかにご申請ください。
- ・「患者負担金の免除申請書」は、当法人ホームページからダウンロード可能です。
または患者問い合わせ窓口（TEL：03-3296-8699）までお問い合わせください。
- ・申請書類の受理後、当法人にて審査のうえ、免除率を決定し結果をお知らせします。
（審査結果は書類をご提出いただいてから1ヶ月ほどでお知らせしております。）
- ・原則として、申請前や審査結果通知前にお支払いいただいた負担金は免除されませんのでご了承ください。

患者負担金の免除申請書

申請日 年 月 日

申請者 住所 〒 _____

氏名 _____ 印(患者との続柄: _____)

ふりがな
患者氏名 _____ (生年月日: _____ / _____ / _____)

※ご記入いただいた住所・氏名等個人情報は、免除申請手続きにのみ使用いたします。

1. 私は日本骨髄バンクに患者登録をしましたが、下記の理由により患者負担金の免除を関係書類を添えて申請いたします。

2. 申請理由

.....
.....
.....
.....

3. 提出書類 (いずれも原本を提出願います)

- 1) 生活保護受給世帯の方
- 同居世帯全員の住民票
 - 生活保護受給証明書

- 2) 経済的に困窮な世帯の方
- 同居世帯全員の住民票
 - 世帯全員の所得課税証明書

当法人記入欄: 登録日 年 月 日
: 患者ID _____