

東京都腎臓移植組織適合性検査費(HLA検査費)助成事業の御案内

東京都では、下記のとおり腎臓移植組織適合性検査費(HLA検査費)の助成を行います。

記

1 対象者

- (1) 都内に住所を有し、人工透析療法を受けている慢性腎不全の方で、献腎移植を希望するため、公益社団法人日本臓器移植ネットワークへ登録する方
- (2) 都内に住所を有し、慢性腎不全に係る治療を受けている方で、先行的献腎移植(透析治療開始前の献腎移植)を希望するため、公益社団法人日本臓器移植ネットワークへ登録する方

(公益社団法人日本臓器移植ネットワークへの登録に必要な腎臓移植組織適合性検査費が一部助成されます)

2 助成額

腎臓移植組織適合性検査費(HLA検査費)の一部(令和4年度については10,000円とします。)

3 検査場所

(1) 東京都と協定を締結しているHLA検査センター

- ・国家公務員共済組合連合会 虎の門病院
- ・東京医科大学 八王子医療センター
- ・東京女子医科大学病院
- ・東邦大学医療センター大森病院

(2) その他のHLA検査センター(都内及び近隣6県)

- ・昭和大学病院(東京都)
- ・埼玉医科大学国際医療センター(埼玉県)
- ・埼玉医科大学総合医療センター(埼玉県)
- ・東海大学医学部付属病院(神奈川県)
- ・北里大学病院(神奈川県)
- ・公立大学法人横浜市立大学附属病院(神奈川県)
- ・SUBARU健康保険組合太田記念病院(群馬県)
- ・自治医科大学附属病院(栃木県)
- ・獨協医科大学病院(栃木県)
- ・国立大学法人筑波大学附属病院(茨城県)
- ・医療法人立川メディカルセンター立川総合病院(新潟県)

4 申請方法

裏面「申請から助成まで流れ」のとおり

5 書類提出先及び問合せ先

東京都 福祉保健局 保健政策部 疾病対策課 献血移植対策担当
所在地 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
電話番号 03-5320-4506 (直通)

申請から助成までの流れ

(1) 申請書類を入手

HLA検査センター又は下記へお問い合わせください。東京都福祉保健局ホームページからダウンロードもできます。(東京都福祉保健局 HLA で検索してください。)

(2) 申請

【郵送】

① 腎臓移植組織適合性検査費助成申請書 (第1号様式)

② 腎臓移植希望登録依頼書 (第2号様式)

※下段の「透析医記入欄」は、医師が記入する欄です。透析担当医(先行的献腎移植は主治医)に記入してもらってください。

③ 住民票(抄本可) ※発行日から1か月以内の原本を提出してください。

上記①～③を「書類提出先及び問合せ先」へ提出(郵送)してください。

※インターネットを利用して自宅等のパソコンからの申請手続も行えます。その際は、マイナンバーカード(住民票の添付は不要)、ICカードリーダーが必要となります。あらかじめ、利用規約・利用手順・動作環境・事前準備等ご確認の上、ご利用ください。なお、(3)以降は、書面による手続となります。

東京共同電子申請・届出サービス

腎臓移植組織適合性検査費(HLA検査費)助成申請

URL: <https://www.shinsei.elg-front.jp/tokyo2/navi/procInfo.do?govCode=13000&procCode=10009952>

(3) 承認……当課で申請書類を受理後、承認し、次の書類を申請者の住所へ送付します。

- ・腎臓移植組織適合性検査費助成承認票(「センター提出用」、「福祉保健局請求用」各1部ずつ)
- ・腎臓移植希望登録依頼書(写し)

(4) HLA検査、助成

(3)で送付された書類をHLA検査センターに提出してください。

ア 東京都と協定を締結しているHLA検査センターの場合

検査費用から助成額(10,000円)を差し引いた金額をHLA検査センターへお支払いください。

※HLA検査後に申請する場合

上記①～③の手続終了後、各HLA検査センターにおいて既に支払済検査費用のうち、助成額10,000円の還付を受けます。還付方法は、各HLA検査センターにお問い合わせください。

イ その他のHLA検査センターの場合

承認票の「検査終了確認」欄への記載があることを確認の上、「請求書」、「支払金口座振替依頼書」、「HLA検査の領収書(写し)」を添えて、下記の書類提出先へ提出(郵送可)してください。書類を当課で受理後、検査費用のうち10,000円を助成(指定の口座に振込)します。

※「請求書」、「支払金口座振替依頼書」は、承認票送付時に同封します。

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書

ふりがな		生			
氏名		年	大正	年	月 日
		月	昭和		
		日	平成		
住所	(〒)				
	電話 ()				
検査機関名	1 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 2 東京医科大学八王子医療センター 3 東京女子医科大学病院 4 東邦大学医療センター大森病院 5 その他 ()				
<p>腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第3に基づき、検査費の助成を受けるため、腎臓移植希望登録依頼書 (別記第2号様式) と住民票を添えて申請します。</p>					
<p>年 月 日</p>					
<p style="text-align: center;">申請者</p>					
<p>東京都知事 殿</p>					

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書

ふりがな		生	
氏名		年	
		月	年 月 日
		日	

住所	(〒)
電話	()

検査機関名	<input type="radio"/> 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 <input type="radio"/> 東京医科大学八王子医療センター <input type="radio"/> 東京女子医科大学病院 <input type="radio"/> 東邦大学医療センター大森病院 <input type="radio"/> その他 ()
-------	---

腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第3に基づき、検査費の助成を受けるため、腎臓移植希望登録依頼書 (別記第2号様式) を添えて申請します。

年 月 日

申請者

東京都知事 殿

腎臓移植希望登録依頼書

患者 記 入 欄	ふりがな			生 年 月 日	大・昭・平 年 月 日
	患者氏名				
	ふりがな				
	患者住所	〒		電話 ()	
	家族等	住所	ふりがな	〒	
緊急連絡先	氏名	ふりがな			
透 析 医 記 入 欄	ふりがな				
	施設所在地	〒		電話 ()	
	ふりがな			ふりがな	
	透析施設名			主治医	
	原疾患	疾患名			
	血液型	A B O型 ()	R h型 ()	※該当する場合は○ 先行的献腎移植希望	
	透析歴	開始年月日	年 月 日	週	回透析
既往歴	1	2	3		
合併症	1	2	3		

腎臓移植組織適合性検査費助成承認票			
ふりがな		生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 平成
氏名			
住所	(〒)		
	電話 ()		
交付番号		検査年月日	年 月 日
検査機関名			
検査費助成額	組織適合性検査に要した金額のうち、金 円とする。		
腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第4に基づき、検査費を助成します。			
年 月 日			
東京都知事			
組織適合性検査を受ける際は、本票と腎臓移植希望登録依頼書を提示してください。			
検査終了確認	年 月 日	所属・氏名	印

腎臓移植組織適合性検査費助成不承認決定通知書

ふりがな		生	大正				
氏名		年	昭和	年	月	日	
		月	平成				
		日					
住所	(〒)						
	電話 ()						

腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第4に基づき、検査費を助成できませんので通知します。

年 月 日

東京都知事

請 求 書

¥ _____

ただし、 年 月 日から 年 月 日までの

腎臓移植希望登録に伴う組織適合性検査費

検査費 @ × 件 =

上記のとおり請求します。

年 月 日

東京都知事 殿

住所

氏名

契約印

請 求 書

¥ 10,000

ただし、 年 月 日の腎臓移植希望登録に伴う組織適合性検査費

上記のとおり請求します。

添付書類

- 1 支払金口座振替依頼書 (手書き用)
- 2 腎臓移植組織適合性検査費助成承認票
- 3 組織適合性検査 (HLA検査) 費領収書 (写し)

年 月 日

東京都知事 殿

住所

氏名

印

腎臓移植組織適合性検査費助成申請書

ふりがな	とうきょう たろう	生	大正
氏名	東京 太郎	年	昭和 45年6月1日
		月	平成
		日	
住所	(〒163-8001) 新宿区西新宿二丁目8番1号 電話 03 (5321) 1111 いずれかに○を付ける。		
検査機関名 (いずれかに○を付ける。)	1 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 2 東京医科大学八王子医療センター 3 東京女子医科大学病院 4 東邦大学医療センター大森病院 5 その他 ()		
腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第3に基づき、検査費の助成を受けるため、腎臓移植希望登録依頼書（別記第2号様式）と住民票を添えて申請します。			
令和4年4月10日			
申請者 東京 太郎			
東京都知事 殿			

腎臓移植希望登録依頼書

患者記入欄	ふりがな	とうきょう たろう		生年月日	大・ <input checked="" type="radio"/> ・平 45年6月1日
	患者氏名	東京 太郎			
	ふりがな	しんじゅくく にししんじゅく			
	患者住所	〒163-8001 新宿区西新宿二丁目8番1号 電話 03(5321)1111			
	家族等	住所	ふりがな	みなとくあかさか 〒107-0052 港区赤坂二丁目9番11号 電話 03(6441)2222	
緊急連絡先	氏名	ふりがな	とうきょう いちろう 東京 一郎		
透析医記入欄	施設所在地	〒			
	透析施設名	ふりがな	ふりがな	主治医	
	原疾患	疾患名			
	血液型	ABO型 ()	Rh型 ()	※該当する場合は○ 先行的献腎移植	
	透析歴	開始年月日	年 月 日	週	回透析
	既往歴	1	2	3	
	合併症	1	2	3	

この欄は、医師の記入欄です。
透析医（先行的献腎移植希望の方は主治医）に記入してもらってください。

腎臓移植組織適合性検査費助成承認票

ふりがな	とうきょう たろう	生	大正
氏名	東京 太郎	年	昭和 45年6月1日
		月	平成
		日	
住所	(〒163-8001) 新宿区西新宿二丁目8番1号 電話 03(5321)1111	検査年月日を 記入してください。	
交付番号	〇〇-〇〇	検査年月日	令和 年 月 日
検査機関名	〇〇〇〇病院		
検査費助成額	組織適合性検査に要した金額のうち、金10,000円とする。		
腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱第4に基づき、検査費を助成します。			
令和3年 〇月 〇日			
東京都知事 小池 百合子			印
検査終了確認日及び確認者の 所属・氏名を記入し、押印を お願いします。			
組織適合性検査を受ける際は、腎臓移植希望登録依頼書を提示してください。			
検査終了確認	令和〇年 〇月 〇日	所属・氏名	腎臓内科 〇〇〇〇 印

請求書

¥ 50,000-

記入してください。

ただし、令和4年4月1日から令和4年6月30日までの

腎臓移植希望登録に伴う組織適合性検査費

検査費 @10,000 × 5 件 = 50,000円

上記のとおり請求します。

令和4年 7月 ○日

東京都知事 殿

協定書と同じ印を押印してください。

住所 東京都○○区△△△1-2-3

○○○○病院

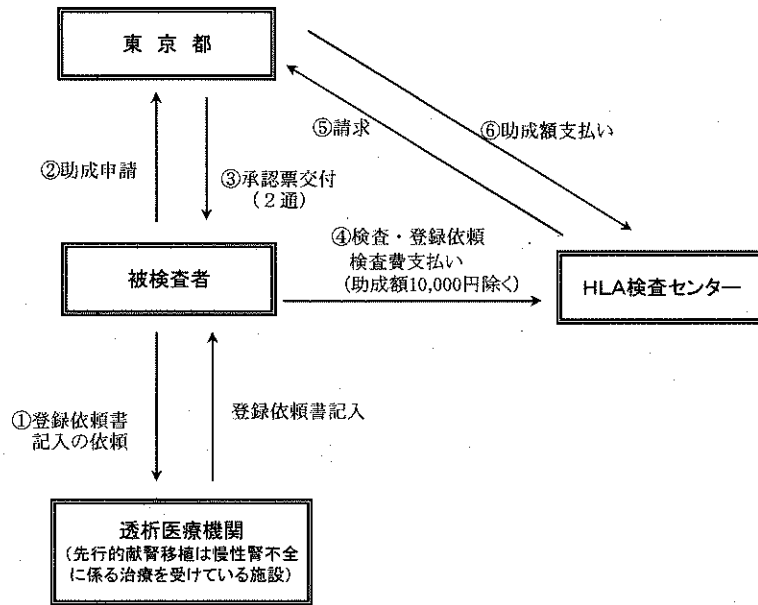
氏名 院長 ○○ ○○

之代表者印

HLA検査費助成方法

○東京都と協定を締結している検査センターの場合

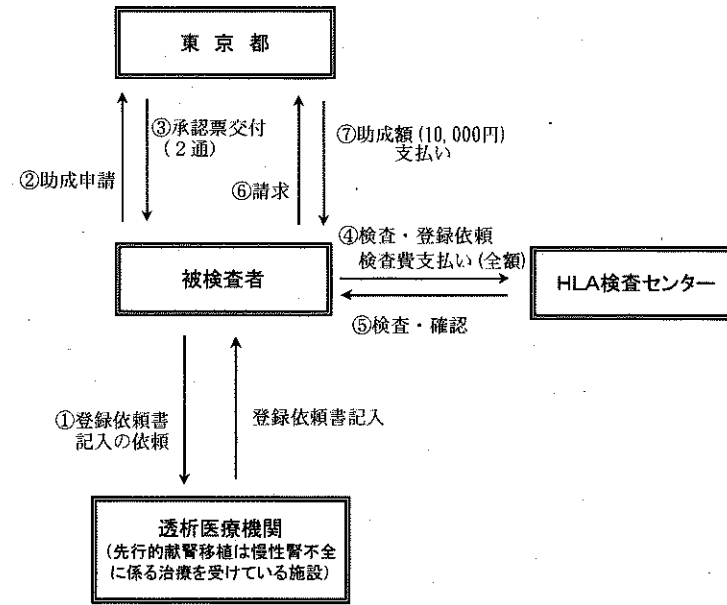
・国家公務員共済組合連合会虎の門病院 ・東京医科大学八王子医療センター
・東京女子医科大学病院 ・東邦大学医療センター大森病院



【手続の説明】

- 被検査者は、登録依頼書への記入を透析医(先行的献腎移植は、慢性腎不全に係る治療を受けている施設の主治医)に依頼する。医師は、登録依頼書の必要事項を記入する。
- 被検査者は、申請書及び登録依頼書に住民票を添えて、都へ検査費助成申請する。
- 都は、検査費助成承認票(2通)及び登録依頼書を交付する。
- 検査・登録依頼(被検査者は助成承認票(2通)と登録依頼書を検査センターへ提出)被検査者は、検査料金のうち、助成額10,000円を差し引いた分を支払う。
なお、検査後に検査費助成承認を受けた者は、各検査センターにおいて既に支払済検査料金のうち、助成額10,000円の還付を受ける(還付方法は、各検査センターの任意とする。)
- 各検査センターは、承認票(福祉保健局請求用)の検査終了確認欄に記入し、都へ検査費助成額を請求する(四半期毎)。承認票(センター提出用)及び登録依頼書は、検査センターで保管する。
- 都は、請求書類を審査の上、各検査センターへ支払う。

○東京都と協定を締結していない検査センターの場合



【手続の説明】

- 被検査者は、登録依頼書への記入を透析医(先行的献腎移植は、慢性腎不全に係る治療を受けている施設の主治医)に依頼する。医師は、登録依頼書の必要事項を記入する。
- 被検査者は、申請書及び登録依頼書に住民票を添えて、都へ検査費助成申請をする。
- 都は、検査費助成承認票(2通)及び登録依頼書を交付する。
- 検査・登録依頼(被検査者は、助成承認票(2通)と登録依頼書を検査センターへ提出)被検査者は、検査料金を全額支払う。
- 各検査センターは、承認票(福祉保健局請求用)の検査終了確認欄に記入し、被検査者へ渡す。承認票(センター提出用)及び登録依頼書は、各検査センターで保管する。
- 被検査者は、請求書に承認票(福祉保健局請求用)、口座振替依頼書、検査費の領収書(写し)を添えて都へ検査費助成額を請求する。
- 都は、請求書類を審査の上、助成額10,000円を被検査者に支払う。

都内及び近隣6県のHLA検査センター

(令和4年3月現在)

1 東京都と協定を締結しているHLA検査センター

検査センター名	所在地	電話番号
国家公務員共済組合連合会 虎の門病院	東京都港区虎ノ門2-2-2	03-3588-1111
東京医科大学 八王子医療センター	東京都八王子市館町1163	042-665-5611
東京女子医科大学病院	東京都新宿区河田町8-1	03-3353-8111
東邦大学医療センター 大森病院	東京都大田区大森西6-11-1	03-3762-4151

2 その他のHLA検査センター(都内及び近隣6県)

検査センター名	所在地	電話番号
昭和大学病院	東京都品川区旗の台1-5-8	03-3784-8000
埼玉医科大学総合医療センター	埼玉県川越市鴨田1981	049-228-3400
東海大学医学部附属病院	神奈川県伊勢原市下糟屋143	0463-93-1121
北里大学病院	神奈川県相模原市南区北里1-15-1	042-778-8111
公立大学法人横浜市立大学附属病院	神奈川県横浜市金沢区福浦3-9	045-787-2800
SUBARU健康保健組合太田記念病院	太田市大島町455-1	0276-55-2200
自治医科大学附属病院	下野市薬師寺3311-1	0285-44-2111
獨協医科大学病院	下都賀郡壬生町大字北小林880	0282-86-1111
国立大学法人筑波大学附属病院	つくば市天久保2-1-1	029-853-3900
医療法人立川メディカルセンター 立川総合病院	長岡市旭岡1-24	0258-33-3111