



6 保医保疾第 2 2 8 5 号
令和 7 年 3 月 1 7 日

一般社団法人日本透析医学会理事長 殿

東京都保健医療局長
雲 田 孝 司



令和 7 年度東京都腎臓移植組織適合性検査費助成事業の
実施について（依頼）

日頃から、東京都の腎臓移植対策の推進に御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、令和 7 年度においても標記の助成事業を実施いたしますので、御理解、御配慮
くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

記

1 実施内容

別紙、東京都腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱のとおり

2 送付資料

- ・ 東京都腎臓移植組織適合性検査費助成事業実施要綱
- ・ 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
- ・ 申請様式

上記資料は、腎臓移植施設長（東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県）、各区市町村
保健衛生主管部（課）長、各都保健所長宛に送付することを申し添えます。

【担当】

東京都保健医療局保健政策部疾病対策課
献血移植対策担当 神戸、松田

〒163-8001 新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電話番号 03-5320-4506