

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	年 月 日
住所	(〒)		
	電話 ()		
検査施設名	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 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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者</p> <p>東京都知事 殿</p>			

腎臓移植希望登録依頼書

患者記入欄	ふりがな		生年月日	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	ABO型 ()	Rh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申請書			
ふりがな	とうきょう たろう	生	昭和45年6月1日
氏名	東京 太郎	年 月 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。		
検査施設名 (いずれかに○を付ける。)	1 <input checked="" type="checkbox"/> 国家公務員共済組合連合会虎の門病院 2 <input type="checkbox"/> 東京医科大学八王子医療センター 3 <input type="checkbox"/> 東京女子医科大学病院 4 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7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	昭和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		
緊急連絡先	住所	〒107-0052 港区赤坂二丁目9番11号 電話 03(6441)2222				
	氏名	ふりがな	とうきょう いちろう			
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			

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。