

【助成対象となる治療等と助成額】

対象者が産婦人科医の属する国内の医療機関で受けた治療等のうち、次に掲げるものに限ります。

事業対象となる検査、治療、及び助成額		
検査	抗リン脂質抗体検査	抗カルジオリピン β 2グルコプロテイン I 複合体抗体
		抗 β ₂ GPI IgG抗体
		抗 β ₂ GPI IgM抗体
		抗カルジオリピンIgG抗体
		抗カルジオリピンIgM抗体
		ループスアンチコアグラント
	血栓性素因スクリーニング(凝固因子検査)	第XII因子活性
		プロテインS活性又はプロテインS抗原
		プロテインC活性又はプロテインC抗原
		アンチトロンビン(AT)
		APTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)
	流死産胎児絨毛染色体検査	/
	子宮形態検査	
	夫婦染色体検査	
	内分泌検査	
	治療	低用量アスピリン療法
ヘパリン療法(ヘパリン在宅自己注射療法を含む。)		
助成額	<ul style="list-style-type: none"> ・本事業の助成額は、治療等に要した本人負担額の合計金額に相当する額とし、1回当たり10万円を限度とする。 ・本人負担額に対し、医療保険各法等の保険者が負担すべき高額療養費及び保険者からの付加給付等がある場合は、これを控除するものとする。 	