

助成対象となる治療等と助成額

対象者が産科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。

※医療保険適用分として実施されたものに限ります。

治療等と助成額		事業対象となる検査及び治療
検査	子宮形態検査	
	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
	夫婦染色体検査	
	内分泌検査	
	流死産胎児絨毛染色体検査	
	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		
APTT (活性化部分トロンボプラスチン時間)		
アンチトロンビン (AT)		
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	<p>◆本事業の助成の額は、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 25,000 円を限度とする。</p> <p>◆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。</p>	