

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です。

治療等と助成額		医療保険の適用分	医療保険の適用外分
検査	抗リン脂質抗体検査	抗カルジオリピン β_2 グロブリン I (CL β_2 GP I) 複合体抗体	抗カルジオリピン (CL) IgM 抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgG 抗体	抗 PEIgG 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		ループスアンチコアグラント	抗 PEIgM 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
	血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)	第Ⅶ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)	
流産絨毛染色体検査		流産絨毛染色体検査	
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"> ✳️当該治療等に係る本人負担額の合計金額に2分の1を乗じて得た額 (1円未満の端数は切り捨て)。 ✳️ただし、1回当たり5万円を限度とします。 ✳️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します。 	<ul style="list-style-type: none"> ✳️当該検査に係る本人負担額の合計金額に2分の1を乗じて得た額 (1円未満の端数は切り捨て)。 ✳️ただし、1回当たり10万円を限度とします。 	