

## 助成対象となる治療等と助成

対象者が産科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です。

治療等と助成額		検査・治療内容
検査	抗リン脂質抗体検査	抗カルジオリピンβ <sub>2</sub> グロコプロテインI (CLβ <sub>2</sub> GP I) 複合体抗体
		抗カルジオリピン (CL) I g G抗体
		抗カルジオリピン (CL) I g M抗体
		ループスアンチコアグラント
		抗PE I g G抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗PE I g M抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗β <sub>2</sub> GP I I g G抗体
		抗β <sub>2</sub> GP I I g M抗体
		フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンビン (PS/P T) 抗体
		血栓性素因スクリーニング (凝固因子検査)
	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	
	A P T T (活性化部分トロンボプラスチン時間)	
	アンチトロンビン (A T)	
	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	<p>❖本人負担額のうち、1回当たり15万円を限度とし、助成は1年度につき1回まで、通産助成回数は6回までとします。</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します。</p>	