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のうちで、次に掲げるものに限ります。
※ただし、医療保険適用分として実施されたものに限ります。

検査・治療等・助成額	医療保険の適用分
抗リン脂質抗体検査	抗β2GPI 抗体　（IgG 抗体・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
	抗カルジオリピンβ2 グルコプロテイン I 複合体抗体
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 活性またはプロテイン S 抗原
	プロテイン C 活性またはプロテイン 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）
夫婦染色体検査	
内分泌検査	
流死産胎児絨毛染色体検査	
その他、医師が必要と認めた血液検査	
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	・当該治療等に係る本人負担額の合計金額。 ・ただし、1 回あたり 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。