

医療保険を適用せずに実施した検査及び治療が対象となります

A (助成割合：7/10)	一次 スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン $\beta_2$ グロブリン I 複合体抗体
			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		
	選択的検査	抗リン脂質抗体	抗 PEI gG 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
			抗 PEI gM 抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		凝固因子検査	第XIII因子活性
			プロテインS活性もしくはプロテインS抗原
	プロテインC活性もしくはプロテインC抗原		
検査	絨毛染色体検査 ※令和3年9月30日までに実施されたもの		
B (助成割合：1/2)	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) ※ヘパリノイド (ダナパロイドナトリウム) によるものを含む。	