

助成対象となる検査・治療

医療機関で実施された次の不育症検査費・治療費（入院費、食事代及び証明書などの文書料、出産等に係る費用は除きます）です。なお、保険診療・保険外診療どちらも助成対象です。

検査		
一次スクリーニング	子宮形態検査	子宮卵管造影検査 (HSG)
		子宮腔内液体注入法 (Sonohysterography)
		経腔超音波検査
		MRI検査
		子宮鏡
	内分泌検査	甲状腺機能 (FT4、TSH)
		糖尿病検査 (血糖値、HbA1c)
	夫婦染色体検査	
	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グリコプロテインI (CL β_2 GPI) 複合体抗体
		抗カルジオリピン (CL) IgG抗体、抗カルジオリピン (CL) IgM抗体
	ループスアンチコアグラント	
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗PEIgG抗体 (抗フォスファチジルエタノールアミン抗体)
		抗PEIgM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XII因子活性
		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)	
検査	流死産絨毛・胎児組織染色体分析検査	

治療	
子宮形態異常	手術療法
内分泌異常	甲状腺機能亢進、低下症の治療
	糖尿病の治療
染色体異常	遺伝カウンセリング
	着床前診断 (日本産科婦人科学会及び実施施設の倫理委員会による承認を受けた症例に限る。)
抗リン脂質抗体陽性	低用量アスピリン内服
凝固因子異常	ヘパリン療法 (在宅自己注射含む)
その他医師が不育症の治療として必要と認めるもの	

※医師が必要と認めた場合に限り妊娠確定前からの治療も対象とします。

※申請される検査、治療に対しすでに他自治体の事業により助成を受けている場合は、その助成金額を差し引いた額と上記による助成金額とを比較して少ない方の額とします。

