

小児弱視等の治療用眼鏡等

・小児弱視等の治療用眼鏡等に係る治療費の支給について

小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療に必要であると医師が判断して、処方した眼鏡及びコンタクトレンズが支給対象となります。斜視の矯正等に用いるアイパッチ及びフレネル膜プリズムについては支給対象外です。

・対象年齢

9歳未満

・支給対象額

上限額	眼鏡	38,902円
	コンタクトレンズ	16,324円(1枚)

上表の額を上限とし、実際払った金額の7割(小学校就学前の乳幼児は8割)が給付されます。

・更新について

5歳未満の更新：更新前の治療用眼鏡等の装着期間が1年以上ある場合のみ、療養費の支給対象とする。

5歳以上の更新：更新前の治療用眼鏡等の装着期間が2年以上ある場合のみ、療養費の支給対象とする。

更新申請の際も、新規と同様に下記の提出書類がすべて必要となります。

・申請書類

- 療養費支給申請書
- 療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示等の原本
弱視等のための治療用眼鏡を作成指示されたことが確認できる内容のもの
- 患者の検査結果(2に検査結果の記載がある場合は不要です)
- 治療用眼鏡等を作成、または購入した際の領収書または費用の額を証する書類の原本
フレーム、レンズ等それぞれの価格の内訳、対象児の名前が記入されているもの2の医師の指示日以降の支払日のもの

・注意事項

給付決定後に送付している「支給決定通知書」は大切に保管して下さい。