

|||お知らせ|||

小児弱視等の治療用眼鏡等に係る療養費の支給について

総務部・社会保険部

平成18年4月1日より、小児の弱視、斜視および先天白内障術後の屈折矯正の治療用として用いる眼鏡およびコンタクトレンズ（以下「治療用眼鏡等」という）の作成費用が、健康保険の適用となり、患者様負担割合以外の額が療養費として償還払い扱いで、患者様に給付されることになりました。

対象年齢は9歳未満で、上記の「治療用眼鏡等」が給付対象です。一般的な近視などに用いる眼鏡やアイパッチ、フレネル膜プリズムは対象となっておりません。

患者様が全額自己負担で「治療用眼鏡等」を購入した後に、下記の書類を加入する健康保険の組合窓口等に提出し、療養費支給申請することによって、患者様負担割合以外の額が国で定めた交付基準の範囲内で保険給付されます。

申請に必要な書類

1. 療養費支給申請書（加入している健康保険組合窓口等にあります）
2. 眼科医の「治療用眼鏡等」の作成指示書の写しおよび患者様検査結果
3. 購入した「治療用眼鏡等」の領収書

このうち、眼科医の「治療用眼鏡等」の作成指示書および患者様の検査結果については、特に決められた型のもではなく、一般的に使用されている眼科医が発行する処方箋に検査結果（「治療用眼鏡等」装用後の視力等）を記入したものでよいとされておりますが、日本眼科医会では、別添の「弱視等治療用眼鏡等作成指示書」を作成致しましたのでご活用下さい。

なお再給付につきましては、5歳未満では前回の給付から1年以上後であること、5歳以上では前回の給付から2年以上後であることとなっておりますので申し添えます。

弱視等治療用眼鏡等作成指示書

氏名： _____ 年齢： _____ 歳（男・女）

住所： _____

Ⅰ. 種類（○で囲む）：眼鏡

コンタクトレンズ（ハード・ソフト）

Ⅱ. 度数及び用法

1. 眼鏡

	S（球面）	C（円柱）	A（軸）	近用加入度	PD（瞳孔距離）	用 法
右					mm	遠用・近用 遠近両用
左					mm	

2. コンタクトレンズ

右		用法	遠用・近用・遠近両用
左			

Ⅲ. 備考（眼鏡等を必要とする理由）

1. 疾病名

2. 治療を必要とする症状及び患者の検査結果

右眼視力：

左眼視力：

年 月 日

医療機関

医師氏名

印