

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

1. 支給対象者

9歳未満の小児

2. 支給対象となる眼鏡及びコンタクトレンズ

小児の「弱視」「斜視」「先天性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

3. 支給対象となる金額の上限額（令和6年4月1日以降、税込）

眼鏡	40,492円（38,200円×1.06）
コンタクトレンズ	13,780円（1枚：13,000円×1.06）

4. 支給額

上記3の支給額を上限とし、支払った金額の7割*¹相当分（円未満切捨て）

* 1 小学校就学前の乳幼児は8割相当分

5. 治療用眼鏡等の更新について

以前に治療用眼鏡等に係る療養費の支給を受け、その後再度眼鏡等を作成し、療養費の支給申請をするときは、以下の要件を満たす場合にその支給を受けることができます。

5歳未満* ² 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
5歳以上* ² 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

* 2 領収証に記載のある領収日時点での年齢が、更新する際の年齢基準となります。

6. 手続き方法

下記の書類を各会社担当課へ提出

（1）被保険者・家族 **療養費支給申請書**（当組合所定様式）

（2）治療担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の**作成指示書等**（写）

（3）**支給対象者の検査結果**（写）

作成指示書等に記入されている場合は不要となります。

（4）治療用眼鏡等を作成又は購入した際の**領収証**（原本）

宛名は対象児の氏名であること、但し書きは弱視治療用眼鏡代などの記載が必要となります。

7. その他

斜視の矯正等に用いるアイパッチおよびフレネル膜プリズムについては支給対象外です。