

小児弱視等の治療用眼鏡等の保険適用について

平成 18 年 4 月から小児の弱視等治療用として用いる眼鏡及びコンタクトレンズの購入に健康保険が使用できるようになり、申請により購入代金の一部を給付いたします。

■ 対象者

9 歳未満の被扶養者（眼科医の診察を受けたときに 9 歳未満の小児であること）

■ 支給対象

小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正として用いる眼鏡及びコンタクトレンズで、眼科医が治療に必要であると認め、その証明があるもの

支給対象外

近視や乱視等の単純な視力補正のための眼鏡や、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保険適用外です。

■ 給付額

購入費用の 7 割（義務教育就学前は 8 割）

ただし、児童福祉法の規定に基づく補装具の種目「眼鏡（36,700 円）」「コンタクトレンズ（15,400 円/1 枚）」×1.048 が上限となります。

■ 作り直しについて以下の条件が当てはまれば、保険適用となります。（更新）

- ・ 5 歳未満の小児に係る治療用眼鏡等の更新については、更新前の装着期間が 1 年以上 あること
- ・ 5 歳以上以下の小児に係る治療用眼鏡等の更新については、更新前の装着期間が 2 年以上 あること

■ 申請の手順

①療養担当に当たる保険医に「治療用眼鏡等の作成指示書」等※1 を作成してもらう。

※1 医師の意見書（診断書）、眼鏡処方箋など

※ 患者の検査結果も記載要（※1 に記載されている場合は不要）

②取扱機関※2 にて、治療用眼鏡等の購入

※ 支払後「領収書」を必ず受け取ってください。

※ 「領収書」の宛名は本人（子どもさん）の名で、「弱視治療用眼鏡代金（フレーム**円、レンズ**円）」等、具体的な但書を書いてもらってください。

※ 記載金額は、税込みの実際の購入金額で受け取ってください。

③「療養費支給申請書」に必要事項を記入し、①の写しと②を同封の上、当健保組合まで提出

④申請後、2～3 週間程で当該口座へ支給（支給時には「支給決定通知書」を発送）

※2 治療用眼鏡等を作成する製作所については、薬事法に規定する厚生労働大臣の認可を受けていること

■ お問合せ先

アイフル健康保険組合 〒600-8420 京都府京都市下京区烏丸通五条上高砂町 381-1

TEL : 075-353-0211 / FAX : 075-371-2121