

小児弱視等の治療用眼鏡等の保険適用について

■対象者

9歳未満の被扶養者（眼科医の診察を受けた時点で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
ただし、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）

※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）」に
1.06を乗じた金額が上限

■作り直し（更新）については以下の条件に該当する場合のみ、保険適用となります。

- ・5歳未満・・・更新前の装着期間が1年以上あること
- ・5歳以上・・・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を作成依頼。

※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取扱機関にて、治療用眼鏡等の購入

※治療用眼鏡等の製作所が薬事法に規定する厚生労働大臣認可を受けている場合のみ、保険適用。

※支払後「領収証」を必ず受け取ってください。

※「領収証」宛名は本人（お子様）の氏名で「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のコピーと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」を送付します。）

■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る高砂町 381-1

TEL：075-353-0211 / FAX：075-371-2121