

小児弱視等の治療用眼鏡等に関する療養費の支給について

小児の弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療用として医師の指示により治療用眼鏡やコンタクトレンズ（以下「治療用眼鏡等」）を作成した場合には療養費の支給対象となります。

■ 対象年齢

9歳未満の小児

■ 申請に必要なもの

- 医師の治療用眼鏡等作成指示書（裏面参照） ※ 原本が必要です。
- 領収書（内訳明細書もある場合は添付してください）
- 保険証
- 振込先の口座番号がわかるもの

■ 支給額

負担割合に応じて購入金額の7割（義務教育就学前は8割）が支給されますが、購入金額には上限額（税込38,902円）が定められており、上限額を超える場合は、上限額の7割（8割）が支給されます。

■ 更新

更新前の治療用眼鏡等の装着期間が下記の期間以上のとき療養費の支給対象となります。

- 5歳未満：1年以上
- 5歳以上：2年以上

■ 注意点

- 医師の指示により用いるものであるという観点から、指示を受ける以前に購入したものは支給対象外となります。
- 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は対象外となります。
- 治療用眼鏡等を作成する製作所については、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）」第12条第1項に規定する高度管理医療機器又は一般医療機器の製造又は販売について、厚生労働大臣の許可を受けていることが必要です。

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
左					mm	遠近両用

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

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名