

オークマ健康保険組合理事長 殿

治療用眼鏡等の装着期間について

記号		番号		被保険者氏名	印				
申請対象者となる方の		氏名			生年月日	平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄	

療養費申請に関わる治療用眼鏡等の装着期間について、下記のとおりお届けいたします。

記

1. 傷病名 ()
2. 更新前の治療用眼鏡等の装着が ある ・ ない
3. 更新前の治療用眼鏡等の装着期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 令和 年 月 日

- 治療用眼鏡等の購入について、療養費申請できる方
 - ・ 小児弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正を行う9歳未満の方
(注1) 療養費の申請時に9歳未満であること
(注2) 5歳未満 (5歳以上) は更新前に眼鏡等の装着期間が1年以上 (2年以上) あること
- 申請方法
 - ・ 「療養費支給申請書」及び「治療用眼鏡等の装着期間について」に、下記の書類を添付して事業所経由で当健康保険組合に提出してください。
 - ・ 治療用眼鏡等の領収書 (お子さんの名前が記載されており、治療用眼鏡及びコンタクトレンズの費用であることが分かるもの)
 - ・ 療養担当にあたる保険医の治療用眼鏡等の作成指示等の写し (検査結果が明記されているもの)
- 給付額 (払い戻される額)
購入費用の7割、義務教育就業前は8割を給付しますが、下記のとおり給付額を算定する際の購入費用には、上限額が定められています。
 - ・ 弱視眼鏡： 掛け眼鏡式 (フレーム・レンズ1式) ⇒ 40,492円 (令和6年3月31日購入分までは38,902円)
 - ・ コンタクトレンズ： レンズ1枚 ⇒ 13,780円 (令和6年3月31日購入分までは16,324円)
 <事例①> 20,000円の眼鏡を購入した場合
 20,000円 × 0.7 = 14,000円
 <事例②> 50,000円の眼鏡を購入した場合
 40,492円 × 0.7 = 28,344円 (上限額)
- 注意事項
 - ・ 斜視の矯正等に用いるアイパッチ及びフレナル膜プリズムは健康保険適用対象外となります。
 - ・ 治療用眼鏡等を作成する店舗は薬事法に規定する高度管理医療機器または一般医療機器の製造また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条件となりますので、条件を満たしているかを事前に店舗へ確認してください。

※この「治療用眼鏡等の装着期間について」は「療養費支給申請書」に添付してください。