

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
(9歳未満の小児が支給対象)

添付書類

1. 療養費支給申請書
2. 眼科医の「治療用眼鏡等」の作成指示書および患者様検査結果（下段に見本あり）
3. 購入した「治療用眼鏡等」の領収書
4. 眼鏡等の名称、種類およびレンズ代や
フレーム代等の内訳別の費用額が記載された領収明細書

※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、保険適用対象外

治療用眼鏡等の更新

5歳未満
更新前の治療用眼鏡等の装着期間が1年以上ある場合のみ、療養費の支給対象

5歳以上
更新前の治療用眼鏡等の装着期間が2年以上ある場合のみ、療養費の支給対象

例・・・4歳で装着の場合

- 2回目は、6歳で装着可
- 3回目は、8歳で装着可

※「治療用眼鏡等」の作成指示書の見本

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 (眼鏡等を必要とする理由)						
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 医師氏名						
印						