

小児の弱視等のメガネ・コンタクトレンズにかかる療養費

1.支給対象者

- (1) 9歳未満の被扶養者
- (2) 小児弱視・斜視・先天白内障術後の屈折矯正の治療用眼鏡及びコンタクトレンズ

2.治療用眼鏡等の療養費の支給申請費用 <令和6年4月1日改定>

- (1) 治療用眼鏡等を療養費として支給する額は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の規定に基づく価格（弱視眼鏡 38,200 円・コンタクトレンズ 13,000 円（注）／1 枚）の 100 分の 106 に相当する額を上限とし、実際に払った金額の 8 割（未就学児の場合）、もしくは 7 割（就学時で 9 歳未満の場合）が給付されます。

（注）多段階レンズについては 20,150 円・虹彩付レンズ 18,150 円

※令和 6 年 3 月 31 日までの作成にかかる基準は以下の通りです。

弱視眼鏡 36,700 円・コンタクトレンズ 15,400 円／1 枚

《支給計算例》

◎30,000 円の眼鏡を購入した場合

30,000 円×8 割＝24,000 円（就学時は 7 割）

◎50,000 円の眼鏡を購入した場合

38,902 円（基準額 38,200 円×1.06）×8 割＝32,393 円（就学時は 7 割）

- (2) 療養費支給申請書に必要な添付書類

- ①治療用眼鏡等を作成し、又は購入した際の領収書又は費用の額を証する書類（原本）
- ②療養担当に当たる保険医の治療用眼鏡等の作成指示書等（原本）
- ③患者の検査結果

※自己負担分に対してお住いの市区町村に医療費助成を受ける場合は、「領収書原本証明書」を交付いたします。

3.治療用眼鏡等の更新（再作成）

- 5 歳未満：前回の装着（作成）日から 1 年以上経過していること。
- 5 歳以上：前回の装着（作成）日から 2 年以上経過していること。

4.その他

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。
対象病名に該当せず近視や乱視などの、単純な視力補正のための眼鏡は保険適用外です。