

## 9歳未満の小児が小児弱視等の治療で眼鏡・コンタクトレンズを作成・購入したとき

豊田合成健康保険組合

小児の弱視、斜視及び先天性白内障術後の屈曲矯正の治療用眼鏡、およびコンタクトレンズを購入した場合に、購入した代金の給付を受けることができます。

■対象となる方 0～8 歳までの被扶養者

■給付額

対象者	給付割合	上限額（購入費用の範囲内）	
小学校入学後～8 歳	7 割	<b>2024年4月1日以降に購入したもの</b>	
		治療用眼鏡一式	40,492 円（税込）
		コンタクトレンズ1 枚	13,780 円（税込）
0 歳～小学校入学前	8 割	<b>2023年3月31日までに購入したもの</b>	
		治療用眼鏡一式	38,902 円（税込）
		コンタクトレンズ1 枚	16,324 円（税込）

【給付例（上限額未満）】

3 歳の被扶養者が20,000 円の治療用眼鏡を購入した場合  
 $20,000 \times 0.8 = 16,000$  給付額 16,000 円

【給付例（上限額以上）】 2024年4月1日以降に購入

3 歳の被扶養者が50,000 円の治療用眼鏡を購入した場合  
 $40,492 \times 0.8 = 32,393$  給付額 32,393 円

■更新時の給付対象条件

更新前の療養費の支給日を確認し、当健保が支給の決定を行います。

		更新する眼鏡を購入する時の年齢	
		0～4歳	5～8歳
更新前の眼鏡を使用して いた期間	2 年以上	給付対象	給付対象
	1 年以上2 年未満	給付対象 ※1	給付対象外 ※2
	1 年未満	給付対象外	給付対象外

【例】1 年前、当時3 歳と4 歳の子どもに治療用眼鏡を購入。

現在、4 歳と5 歳になり、治療用眼鏡を購入。

4 歳の子どもは、1 年以上装着しているので、給付対象となります(上限額あり)。※1

5 歳の子どもは、2 年以上装着していないため、給付対象外となります。※2

## ■ 手続き

以下の書類を、豊田合成健康保険組合へ提出

- ・療養費支給申請書
- ・領収書（装着者の氏名が入った領収書）
- ・医師による治療用眼鏡等の作成指示書、または医師の証明

※弱視、斜視、先天性白内障術後の屈曲矯正のいずれかの傷病名記載があるものになります。

※治療用眼鏡・コンタクトレンズの費用を支払った日の翌日が起算日となります。

その日から2年経過すると請求できませんのでご注意ください。

## ■ 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、給付対象ではありません。