

治療用眼鏡やコンタクトレンズを購入したとき

医師（保険医）の指示に基づき作成された輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズや、小児弱視等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給付が受けられます。

小児弱視等の治療用眼鏡・コンタクトレンズについて

小児の弱視、斜視および先天性白内障術後の屈折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は支給対象となります。

支給基準

摘要	上限額 R6.4.1～	上限額 ～R6.3.31	対象年齢 ※1	再購入※2
眼鏡	40,492 円	38,902 円	9 歳未満	5 歳未満：装着期間 1 年以上 5 歳以上：装着期間 2 年以上
コンタクトレンズ	13,780 円 (1 枚)	16,324 円 (1 枚)		

※1 年齢の基準日は治療担当した医師が治療用眼鏡等の作成指示書を作成した日付

※2 起算日は前回購入した治療用眼鏡、コンタクトレンズの領収日

上表の額を上限とし、実際支払った金額の 7 割（小学校就学前の乳幼児は 8 割）が給付されます。

下記は療養費の支給対象外です。

- 近視や乱視などの単純な視力補正のための眼鏡やコンタクトレンズ
- 斜視の矯正などに用いるアイパッチおよびフレネル膜プリズム

輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズについて

平成 30 年 4 月から、スティーヴンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の眼後遺症のためコンタクトレンズを購入した場合は支給対象となります。

支給上限額	コンタクトレンズ 1 枚あたり 158,000 円まで
給付割合	小学校入学前は 8 割、小学校入学後～69 歳は 7 割 70 歳以上は所得に応じて 7 割～9 割
再購入（再申請の場合）	前回の購入から 5 年経過後 ※災害等でやむをえず亡失・毀損し再購入したときは 健保組合までご相談ください

手続き

下記書類を GLV 健康保険組合に提出してください

- 療養費支給申請書
- 医師（保険医）の治療用眼鏡・コンタクトレンズの作成指示書等の写し
※傷病名の記載があるもの
- 検査結果の写し ※作成指示書に記載されている場合は不要
- 領収書 ※装着者の氏名、内訳の記載があるもの