国民健康保険に加入されている方へ

９歳未満の小児弱視等の治療用眼鏡等は保険適用されます。

９歳未満の小児における弱視、斜視及び先天白内障術後の屈折矯正の治療に用いる眼鏡とコンタクトレンズは、療養費の支給対象となります（支給対象額に上限あり）。

ただし、斜視の矯正等に用いるアイパッチ、フレネル膜プリズムについては、保険適用の対象にはなりません。

申請に必要なもの

●領収書（眼鏡店で発行）…フレーム・レンズ等の価格の内訳及び氏名が明記されたもの
●医師の治療用眼鏡等の作成指示書（意見書）（医療機関で交付）
●患者の検査結果（医療機関で交付）…作成指示書等に記載されている場合は不要
●国民健康保険被保険者証
●世帯主（国民健康保険の世帯主）名義の口座番号のわかるもの
●窓口にお越しになる方の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）
●世帯主及び患者の個人番号確認書類（マイナンバーカード、個人番号通知カードなど）
●福祉医療費受給者証（お持ちの方のみ）

治療用眼鏡等の更新（再購入）

５歳未満の小児・・・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、療養費の支給対象とします。

５歳以上の小児・・・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、療養費の支給対象とします。

保険給付額

購入費用と支給対象上限額を比較して低い方の金額の７割（未就学児は８割）を支給します。

【支給対象上限額】

掛け眼鏡式　38,902 円　　コンタクトレンズ（１枚）　16,324 円

（例１）自己負担割合３割の方が30,000円の眼鏡を購入すると、
30,000円×　0.7＝21,000円支給

（例２）自己負担割合３割の方が50,000円の眼鏡を購入すると、
38,902円（支給対象上限額）×　0.7＝27,231円支給

※西脇市の国民健康保険以外の方は、加入されている健康保険へお問合せください。また、福祉医療費受給者証をお持ちの方は、申請により自己負担分（支給対象上限額の３割（未就学児は２割））を福祉医療で助成します。申請時には、健康保険が発行した「支給決定通知書」など支給額を証明するものを添付してください。