

治療用眼鏡等の支給について

医師の指示により小児弱視等の治療で眼鏡を購入した場合、下記の基準の範囲内で給付を受けられます

9歳未満の小児の弱視、斜視および先天性白内障術後の屈折矯正の治療に必要であると医師が判断して、処方した眼鏡やコンタクトレンズが支給対象となります。
 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により、輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズを購入したときや眼球摘出後、眼窩保護のため義眼装用を医師が必要と判断した場合も支給対象になります。
 医師から眼鏡装用の指示が出たら、「健康保険の対象となるか」を確認して書類の作成をしてもらいましょう。

支給対象外

- 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の対象とされていません。

支給対象となる金額の上限額

		R1.10月以降	R6.4月以降
	児童福祉法の規定に基づく価格	支給対象上限額 (基準価格×1.06)	支給対象上限額 (基準価格×1.06)
眼鏡	38,200円	38,902円	40,492円
コンタクトレンズ (1枚あたり)	13,000円	16,324円	13,780円

上表の額を上限とし、実際に支払った金額の7割が支給されます。(小学校就学前の乳幼児は8割)

- 更新について

5歳未満の更新	更新前の治療用眼鏡等の装着期間が1年以上あること
5歳以上の更新	更新前の治療用眼鏡等の装着期間が2年以上あること

 更新申請の際も、初回と同様に下記の提出書類が必要となります
 ※共に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

		支給対象上限額 (基準価格×1.06)	2回目以降の支給要件
義眼	レディーメイド	18,974円	前回の作製から2年経過していること。 申請時の年齢制限なし
	オーダーメイド	92,114円	
		支給対象上限額	2回目以降の支給要件
特殊支持型角膜形状異常 眼用コンタクトレンズ (1枚あたり)		158,000円	前回の作製から5年経過していること。 申請時の年齢制限なし

提出書類

提出先 ⇒ カシオ健保 療養費担当まで

①療養費支給申請書C

・ ・ ・ ・ ・ { A4サイズで印刷してください(真紙使用不可)
記入もれがないか確認してください。

②保険医の証明書原本 (作成指示書)

・ ・ ・ ・ ・ { 療養担当に当たる医師の治療用眼鏡等の作成指示書原本
患者の検査結果原本(眼鏡処方せん)

③治療用眼鏡の領収証 原本

・ ・ ・ ・ ・ { 原本が必要です。また、返却することはできません。
治療用眼鏡を作成・購入した際の領収証または費用の額を証する書類

<注意> 領収証の記載について

- ・宛名は受診者名(作製した者)を記入してもらう
- ・「弱視治療用眼鏡代金(フレーム〇円、レンズ〇円)」など、具体的な但し書きをしてもらい
金額は税込みの実際の購入金額を記入してもらう(必ずフレーム・レンズと詳細をお願い致します)
- ・レシートではなく領収証での提出となります。

請求権の時効

2年(時効起算日は購入した治療用眼鏡・コンタクトレンズの領収日の翌日)

支給日・支給方法

毎月の締日(基本月末)までに健保へ提出された申請書は、審査後に事業所経由で給付いたします。
(記入不備や審査によって遅れる場合がありますのでご了承ください)

- カシオ計算機社員: 給与日給付
- カシオグループ会社社員: 各事業所へお問い合わせください

毎月の給付書類締切日を、健保ホームページに掲載していますのでご確認をお願いします。

※太枠の支給支払決議書は健保記入欄です

同 年 月 日	年 月 日	＜ 備考 ＞ 上限金額(小児用眼鏡) 40,492円				支給支払決議書			
						常務理事	事務長	担当者	
支給額	百万	拾万	万	千	百	拾	円	治療用眼鏡額	
								上限金額	
眼鏡作成指示日	年 月 日		合計額				資格取得	年 月 日	
前回作成日	年 月 日		一部負担金				資格喪失	年 月 日	

家族 カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 C (第 回目)

＜ 給付コード24 小児弱視等の治療用眼鏡 (9歳未満) ＞

＜ スティーブンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の眼後遺症により輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズ ＞

(和暦) 年 月 日

◎ 記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。二重線の近くに、被保険者本人の押印が必要です。自署でご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号			被保険者の生年月日(和暦)			被保険者の氏名				
	記号	番号	番号	年	月	日					
	事業所名称		所属部署名								
	被保険者の住所		〒 -				日中の連絡先	電話番号			
							メールアドレス:				
	被扶養者(家族)が療養を受けた場合		氏名	生年月日(和暦)	年	月	日	続柄			
	傷病名		発病または負傷年月日(療養開始日)・(和暦)				年	月	日		
	発病または負傷の原因及びその経過						第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は健保に連絡をお願いします				
	診療を受けた病院		名称	所在地			診察した医師の氏名				
						電話番号					
	医師の証明日(装具装着の指示日)・(和暦)		年	月	日	治療用眼鏡の装着日(和暦)	年	月	日	治療用眼鏡の費用	円
	治療用眼鏡を更新した場合		更新前の装着年月日	年	月	日	更新前に申請した保険者名	カシオ健保・その他()			
	診療の内容		治療用眼鏡等の作成		医療費助成について		受けている() ・ 受けていない				
振込希望口座(退職者のみ記入)				銀行信用金庫	預金種別	普通	口座名義(カタカナ)				
				支店出張所	当座	口座番号					

※ 任継者の方は、振込口座記入不要(任継資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。(和暦) 年 月 日	
	被保険者(申請者) 氏名	◎ 住所
受取人情報	(フリガナ)	
	代理人 氏名	◎ 委任者と代理人との関係
	住所	〒 -
	電話番号	

健保受付日付印

本紙に記載された個人情報は、療養費を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
<input type="checkbox"/>	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

※太枠の支給支払決議書は健保記入欄です

伺年月日	年 月 日	< 備考 > 上限金額(小児用眼鏡) 40,492円
百万	拾万	万 千 百 拾 円
健保記入欄		
前回作成日	年 月 日	一部負担金

添付書類

- ・領収証原本(レシート不可)
(フレーム〇円 レンズ〇円と詳細を記載し税込みの実際支払った金額が記載されてること。)
- ・保険医の証明書原本(作成指示書)

家族 カシオ健康保険組合 療養費支給申請書 C (第 回目)

< 給付コード24 小児弱視等の治療用眼鏡 (9歳未満) >

< スティーブンス・ジョンソン症候群および中毒性表皮壊死症の眼後遺症により輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズ >

(和暦) 年 月 日

◎ 記入した内容を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入ください。二重線の近くに、被保険者本人の押印が必要です。自署でご記入ください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		被保険者の生年月日(和暦)		被保険者の氏名		
	記号	1101	番号	77777	昭和50年 3月 5日	健康 太郎	
	事業所名称	〇〇株式会社		所属部署名	経理部〇〇グループ		
	被保険者の住所	〒000-0000 東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101		電話番号	03 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	被扶養者(家族)が療養を受けた場合	氏名	健康 花子	生年月日(和暦)	平成20年 10月 10日	続柄	長女
	傷病名	弱視		発病または負傷年月日(療養開始日)・(和暦)	令和1年 10月 5日		
	発病または負傷の原因及びその経過	先天性の弱視と診断された				第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は健保に連絡をお願いします	
	診療を受けた病院	名称	〇〇〇眼科		診察した医師の氏名	〇〇 〇〇	
	医師の証明日(装具装着の指示日)・(和暦)	令和1年 10月 10日	治療用眼鏡の装着日(和暦)	令和1年 10月 20日	治療用眼鏡の費用	35,000 円	
	治療用眼鏡を更新した場合	2回目以降の申請の方は記入してください		更新前に申請した保険者名	カシオ健保・その他()		
診療の内容	治療用眼鏡等の作成	医療費助成について	受けている(<u>子ども医療費助成</u>)・受けていない				
振込希望口座(退職者のみ記入)	退職者の方のみ記入						

※ 任職者の方は、振込口座記入不要(任職資格取得申請書に記入していただいた口座に振込します)

受 取 代 理 人 の 欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。(和暦) 年 月 日	
	被保険者(申請者) 氏名	住所
受取人情報	代理人 氏名	委任者と代理人との関係
	住所	電話番号

健保受付日付印

本紙に記載された個人情報は、療養費を支給決定する目的のみに使用し、目的の範囲を超えての利用は致しません。

確認欄	①②の確認後✓を入れてください。✓がない場合は確認が必要な為受理できない場合があります。
<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については①または②の要件をみたしたものである
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
	② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	※②は事業所が届出の記載を行う場合で事業所担当者が申請者本人に対し届出に誤りがないか確認を求め申請者が内容について確認した場合

