

保医発0323第1号

平成30年3月23日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長

（公印省略）

輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズに係る
療養費の支給における留意事項について

輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズ（以下「治療用コンタクトレンズ」という。）に係る療養費の支給については、「輪部支持型角膜形状異常眼用コンタクトレンズに係る療養費の支給について」（平成30年3月23日保発0323第1号）により通知されたところであるが、支給に当たっての留意事項は下記のとおりであるので、周知を図らねたい。

記

1 支給対象となる疾病

スティーヴンス・ジョンソン症候群及び中毒性表皮壊死症の眼後遺症

2 耐用年数

治療用コンタクトレンズは、5年程度の使用は可能であることから、前回の購入後5年経過後に再度購入された場合は、療養費として支給して差し支えない。

なお、耐用年数は、通常の装着等状態における予想年数であり、療養費の支給を受けた者の状況等によっては、その実耐用年数には長短が予想されるものであること。また、災害等本人の責任に拠らない事情で亡失・毀損し再度購入された場合は、療養費として支給して差し支えない。

3 支給申請費用

治療用コンタクトレンズについて療養費として支給する額は、1枚あたり158,000円を上限とし、治療用コンタクトレンズの購入に要した費用の範囲内とすること。

4 支給申請手続

療養費の支給申請書には、次の書類を添付させ、治療用として必要がある旨を確認した上で、適正な療養費の支給に努められたいこと。

- (1) 治療用コンタクトレンズを購入した際の領収書又は費用の額を証する書類
- (2) 療養担当に当たる保険医の治療用コンタクトレンズの作成指示書等の写し（備考として疾病名が記載された処方箋の写し等支給対象となる疾病のため指示したことが確認できるもの）