

(別紙様式 18)

白内障に罹患している患者に対する水晶体再建術に使用する眼鏡装用率の
軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給の実施（変更）報告書

上記について報告します。

令和 年 月 日

(医療機関コード：)

連絡先
担当者：
電話番号：

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者名

關東信越厚生局長 殿

(実施日・変更日 令和 年 月 日)

[illegible]

注1 使用する多焦点眼内レンズについて、医薬品医療機器等法上の承認（同法第23条の2の5第1項又は第23条の2の17の第1項による承認）を受けたことを示す資料を添付すること。

注2 「患者からの徴収額」は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金（1眼当たり）として医療機関内に掲示した金額を記入すること。

注3 「患者からの徴収額」が社会的にみて妥当適切な範囲の額であることを示す資料として、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズ及び当該医療機関で医科点数表に規定する水晶体再建術において使用する主たる眼内レンズ（その他のものに限る。）の購入価格を示す資料をそれぞれ添付すること。