

|                       |           |       |    |          |    |                |    |   |   |        |           |           |  |
|-----------------------|-----------|-------|----|----------|----|----------------|----|---|---|--------|-----------|-----------|--|
| 健<br>保<br>使<br>用<br>欄 | 支払額       | 款 項 目 | 円  | 百万       | 拾万 | 万              | 千  | 百 | 拾 | 円      | 年 月 日 取 得 | 年 月 日 伺   |  |
|                       |           |       |    |          |    |                |    |   |   |        | 年 月 日 喪 失 | 年 月 日 支 払 |  |
|                       | 傷病名       |       |    | 支給計算日    |    |                |    |   |   | 請求額(円) |           | 査定額(円)    |  |
|                       |           |       |    | 令和 年 月 日 |    |                |    |   |   |        |           |           |  |
|                       | 国際疾病分類No. |       |    | 一日あたりの点数 |    |                |    |   |   |        |           |           |  |
|                       |           |       |    | 点        |    |                | 合計 |   |   |        |           |           |  |
| 外貨為替レート               |           |       |    |          |    | 一部負担額<br>1 2 3 |    |   |   |        |           |           |  |
| 令和 年 月 日付             |           |       | 円/ |          |    | 支給額            |    |   |   |        |           |           |  |

## 健康保険 被保険者 療養費支給申請書 (海外用) 家族

|   |                       |  |  |      |  |  |  |  |  |             |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|-----------------------|--|--|------|--|--|--|--|--|-------------|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>こ<br>ろ | 右記内容を確認し、同意の上申請してください |  |  |      |  |  |  |  |  |             |  |  | 申請書類にある事実(療養行為を行った日時、場所、療養内容等)を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。 |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | ①被保険者証の記号・番号          |  |  | (記号) |  |  | (番号)   |  |  | ②事業所名       |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | ③被保険者(申請者)の氏名         |  |  |      |  |  | ④生年月日  |  |  | 昭和 平成 年 月 日 |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | ⑤被保険者(申請者)の住所         |  |  |      |  |  | 〒 -  |  |  | 電話 ( )      |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | ⑥療養が被扶養者に関するときはその方の氏名 |  |  |      |  |  | ⑦生年月日  |  |  | 昭和 平成 年 月 日 |  |  | 続柄  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | ⑧傷病名                  |  |  |      |  |  | ⑨治療の内容   |  |  |             |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | ⑩通・退勤中または業務中によるものですか  |  |  |      |  |  | <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい |  |  |             |  |  | ⑪第三者によるものですか  |  |  | <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい<br>”はい”の場合は「第三者行為届」を提出 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | ⑫診療の期間                |  |  |      |  |  | 自 令和 年 月 日   |  |  | 至 令和 年 月 日  |  |  | 日間  |  |  | 左の期間のうち入院期間<br>自 令和 年 月 日 日間<br>至 令和 年 月 日 日間                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | ⑬診療に要した費用             |  |  | 通貨   |  |  | 金額   |  |  | ⑭渡航の目的      |  |  | <input type="checkbox"/> 海外赴任 H・R 年 月 日から<br>別紙、事業主証明を添付してください                                      |  |  | <input type="checkbox"/> 旅行<br>渡航期間のわかるパスポート等の写を添付ください                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                       |  |  | 国名   |  |  |  |  |  |             |  |  | <input type="checkbox"/> 海外居住<br>(平成・令和 年 月 日から)  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* 記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください

|                                      |             |  |  |  |                  |  |                    |  |  |  |    |  |                      |  |  |  |  |
|--------------------------------------|-------------|--|--|--|------------------|--|--------------------|--|--|--|----|--|----------------------|--|--|--|--|
| ⑮<br>支<br>払<br>希<br>望<br>の<br>銀<br>行 | 必ずご記入ください   |  |  |  |                  |  |                    |  |  |  |    |  |                      |  |  |  |  |
|                                      | 銀行コード (4ケタ) |  |  |  | 銀行<br>信用金庫<br>農協 |  | 支店<br>コード<br>(3ケタ) |  |  |  | 支店 |  | 普通・当座<br>(〇をつけてください) |  |  |  |  |
|                                      | 口座番号        |  |  |  |                  |  | 口座名義               |  |  |  |    |  | カタカナで記入してください        |  |  |  |  |

※被保険者以外の口座をご希望の場合は「受取代理人の欄」にもそれぞれ記入が必要です

|                                 |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>の<br>欄 | 本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 令和 年 月 日                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 住所                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                 | 被保険者 氏名                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所                              |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代理人 氏名                          |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

-----  
受付日付印

## 海外療養費の申請について

1. 海外での在住中・旅行中の負傷や疾病にかかった治療費については、国内における保険診療の範囲内で償還されます。
  - ※業務上災害・通勤災害・検診・保険適用外の治療等の場合は、海外療養費の支給対象外です。
  - ※海外の医療機関での治療を目的として海外に出かけた場合は、海外療養費の支給対象外です。
  - ※妊婦健診や乳幼児健診の費用は保険の対象外となり、海外療養費の支給対象外です。
2. 具体的な診療内容等について、診療等を受けた医療機関に照会を行う場合があります。
3. 海外赴任の場合は、事業主の証明を添付してください。
4. 申請に必要な書類は、療養費支給申請書(海外用)、様式A・B・C、領収書の原本です。(省略不可)
  - ・歯科以外を受診した場合:様式A、Bを担当医師等に証明を依頼してください。
  - ・歯科に受診した場合 :様式B、Cを歯科医師等に証明を依頼してください。
5. 受診者別、病院別、入院・外来別、各月毎に申請書を作成し、各証明(様式A・B・C)を医師に依頼してください。
  - 例:4月に外来で通院し、中途入院、5月半ばに退院した人は、外来分1枚、入院分2枚必要とします。
6. 様式A、B、Cについては邦訳を添付し、翻訳者の住所・氏名を書いて下さい。
  - 翻訳者が本人の場合も書いて下さい。
7. 海外旅行の際に病院にかかられた場合、受診者の海外渡航期間がわかる書類を添付してください。(パスポート・ビザ・航空チケットなど当該渡航期間がわかる部分のコピー)
  - ※パスポートの場合は、氏名・顔写真と出入国スタンプのページの両方のコピーを添付してください。(診療を受けた期間に渡航先に滞在していたことが分かるように目印をつけてください。)
8. 海外から申請するときは事業主(留守家族も可)を経由して下さい。
9. 住商連合健康保険組合からは直接海外への送金は行われません。
  - 事業主等が受け取ることとなるので、連絡をとるようにして下さい。
10. 臓器移植による申請の場合、下記書類を添付してください。
  - I.日本臓器移植ネットワークの登録証明書の写し
  - II.海外の施設に入院していた間の経過記録の写し
  - III.臓器移植を必要とする被保険者等が「①レシピエント適応基準に該当し、日本臓器移植ネットワークに登録している状態であること②国内での待期状況を踏まえると、当該患者が、海外で移植を受けない限りは生命の維持が不可能となる恐れが高いこと」について、臓器移植を受ける被保険者等の主治医(学会認定の移植認定医)が作成した海外の施設への紹介状の写しに、部門長又は施設長がサインしたもの。
11. 請求期限は、治療費を支払った日の翌日から2年ですので、速やかに手続きしてください。

住商連合健康保険組合 御中

## 証 明 書

被保険者【 】は、 年 月 日から  
国名【 】へ海外赴任となっている為、事業主の証明を提出します。

※下記は対象者がご家族の場合にご記入ください。

ご家族【 】様は、被保険者の海外赴任に家族帯同しています

上記のとおり、相違ないことを証明致します。

令和 年 月 日

事業所

住 所 :

---

電 話 :

---

名 称 :

---

名 前 :

---

Request to Attending Physician  
担当医へのお願い

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the attending physician.  
この様式は担当医が記入し、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、また入院・入院外毎につきこの様式1枚が必要です。

Itemized Receipt  
領収明細書

|      |                                |               |       |  |
|------|--------------------------------|---------------|-------|--|
| (1)  | Fee for Initial Office Visit   | 初診料           | _____ |  |
| (2)  | Fee for Follow-up Office Visit | 再診料           | _____ |  |
| (3)  | Fee for Home Visit             | 往診料           | _____ |  |
| (4)  | Fee for Hospital Visit         | 入院管理料         | _____ |  |
| (5)  | Hospitalization                | 入院費           | _____ |  |
| (6)  | Consultation                   | 診察費           | _____ |  |
| (7)  | Operation                      | 手術費           | _____ |  |
| (8)  | Professional Nursing           | 職業看護婦費        | _____ |  |
| (9)  | X-Ray Examinations             | X線検査費         | _____ |  |
| (10) | Laboratory Tests*              | 諸検査費          | _____ | * Please fill in the content of the Laboratory Tests.                                |
|      |                                |               |       | * 諸検査の内容を記入してください  |
| (11) | Medicines**                    | 医薬費           | _____ | ** Please fill in the name and amount of the prescription of an individual medicine. |
|      |                                |               |       | ** 処方した個々の薬の名称と量を記入してください  |
| (12) | Surgical Dressing              | 包帯費           | _____ |  |
| (13) | Anaesthetics                   | 麻酔費           | _____ |  |
| (14) | Operating Room Charge          | 手術室費用         | _____ |  |
| (15) | Others (Specify)               | その他<br>(特記せよ) | _____ |  |
|      |                                |               |       |  |
| (16) | Total                          | 合計            | _____ | Unit is<br>貨幣単位  |

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, payment for a luxurious room charge.  
注 意: 特別室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic  
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name(名前): Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_

Address(住所): Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_

Date(日付) . . . Signature(署名) \_\_\_\_\_

Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
診療録の番号  
\_\_\_\_\_

領収明細書（様式B）翻訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

---

---

---

---

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

---

---

---

---

(15) 特記事項

---

---

---

---

翻訳者

名 前：

住 所：

電 話：

Request to Dental Surgeon  
 歯科医へのお願い

Form C  
 様式C

- Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.  
 この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
- This form should be completed and signed by the Dental Surgeon  
 この様式は歯科医が記入し、かつ署名して下さい。
- One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
 毎月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Dentist's Statement  
 歯科診療内容明細書

|   |  |  |            |
|---|--|--|------------|
| Name of Patient (Last, First)<br>患者名 _____  |  | Age(Date of Birth)<br>年齢(生年月日) _____                             |            |
| Date of First Diagnosis :<br>初診日 _____  |  | 4. Days of Diagnosis and Treatment : _____ days<br>診療日数 _____ 日間 |            |
| Name of Illness 症病名<br>1. Dental Caries う蝕症    2. Missing Teeth 欠損    3. Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏    4. The Others その他<br>_____ |  |  |            |
| Permanent tooth (永久歯) ▪   |  | Primary tooth (乳歯)   |            |
| (Upper)   |  |  |            |
| (Lower)   |  |  |            |
| II. Dental Treatment<br>歯科治療  | Localization of Teeth Examined<br>患歯部位 | Material<br>材 料  | Fee<br>治療費 |
| 1. initial Office Visit 初診料   |  |  |            |
| 2. X-Ray Examination レントゲン検査  |  |  |            |
| 3. Dental Pulp Extirpation 抜髄   |  |  |            |
| 4. Extraction 拔牙  |  |  |            |
| 5. Filling 充填   |  |  |            |
| 6. Inlay インレー   |  |  |            |
| 7. Metal Crown /resin 金属冠   |  |  |            |
| 8. Post Crown 継続歯   |  |  |            |
| 9. Jacket Crown ジャケット冠  |  |  |            |
| 10. Bridge Work ブリッジ  |  |  |            |
| 11. Plate Denture 有床義歯  |  |  |            |
| Partial Denture 局部義歯  |  |  |            |
| Complete Denture 総義歯  |  |  |            |
| 12. Treatment of Pyorrhea Alveolar 歯槽膿漏処置   |  |  |            |
| 13. Medicine 投薬   |  |  |            |
| 14. The Others ( その他  |  |  |            |
| 15. Total   | (Unit is _____) 貨幣単位                   |  |            |

Name and Address of Dental Surgeon (歯科医師の名前及び住所)

Name 名前: Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_ Title(称号) \_\_\_\_\_  
 Address 住所: Home(自宅) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_  
 Office(病院又は診療所) \_\_\_\_\_ Phone(電話) \_\_\_\_\_  
 Date(日付) \_\_\_\_\_ Signature(署名) \_\_\_\_\_

Attending Physician 担当医  
 Reference Number of your Medical Record (if applicable)  
 診療録の番号 \_\_\_\_\_

歯科診療内容明細書(様式C) 翻訳

1. 患者名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
3. 初診日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
4. 診療日数： \_\_\_\_\_ 日

| 歯科治療       | 患歯部位         | 材 料 | 治療費 |
|------------|--------------|-----|-----|
| 1. 初診料     |              |     |     |
| 2. レントゲン検査 |              |     |     |
| 3. 抜髄      |              |     |     |
| 4. 抜歯      |              |     |     |
| 5. 充填      |              |     |     |
| 6. インレー    |              |     |     |
| 7. 金属冠     |              |     |     |
| 8. 継続歯     |              |     |     |
| 9. ジャケット冠  |              |     |     |
| 10. ブリッジ   |              |     |     |
| 11. 有床義歯   |              |     |     |
| 局部義歯       |              |     |     |
| 総義歯        |              |     |     |
| 12. 歯槽膿漏処置 |              |     |     |
| 13. 投 薬    |              |     |     |
| 14. その他    |              |     |     |
| 合計         | (貨幣単位 _____) |     |     |

翻訳者

名 前：

住 所：

電 話：

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance  
健康保険用国際疾病分類表

|   |   |
|---|---|
| I Certain infectious and parasitic diseases<br>感染症及び寄生虫症  | VI Diseases of the nervous system<br>神経系の疾患                           |
| 0101 Intestinal infectious diseases<br>腸管感染症  | 0601 Parkinson's disease<br>パーキンソン病                                   |
| 0102 Tuberculosis<br>結核   | 0602 Alzheimer's disease<br>アルツハイマー病                                  |
| 0103 Infections with a predominantly sexual mode of transmission<br>主として性的伝播様式をとる感染症  | 0603 Epilepsy<br>てんかん   |
| 0104 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions<br>皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患                                   | 0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes<br>脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 |
| 0105 Viral hepatitis<br>ウイルス肝炎  | 0605 Disorders of autonomic nervous system<br>自律神経系の障害                |
| 0106 Other viral diseases<br>その他のウイルス疾患   | 0606 Others<br>その他の神経系の疾患   |
| 0107 Mycoses<br>真菌症   | VII Diseases of the eye and adnexa<br>眼及び付属器の疾患                       |
| 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases<br>感染症及び寄生虫症の続発・後遺症  | 0701 Conjunctivitis<br>結膜炎  |
| 0109 Other infectious and parasitic diseases<br>その他の感染症及び寄生虫症   | 0702 Cataract<br>白内障  |
| II Neoplasms<br>新生物   | 0703 Disorders of refraction and accommodation<br>屈折及び調節の障害           |
| 0201 Malignant neoplasm of stomach<br>胃の悪性新生物   | 0704 Other diseases of the eye and adnexa<br>その他の眼及び付属器の疾患            |
| 0202 Malignant neoplasm of colon<br>結腸の悪性新生物  | VIII Diseases of the ear and mastoid process<br>耳及び乳様突起の疾患            |
| 0203 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum<br>直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物  | 0801 Otitis externa<br>外耳炎  |
| 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts<br>肝及び肝内胆管の悪性新生物   | 0802 Other disorders of external ear<br>その他の外耳疾患                      |
| 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung<br>気管、気管支及び肺の悪性新生物  | 0803 Otitis media<br>中耳炎  |
| 0206 Malignant neoplasm of breast<br>乳房の悪性新生物   | 0804 Other diseases of middle ear and mastoid<br>その他の中耳及び乳様突起の疾患      |
| 0207 Malignant neoplasm of uterus<br>子宮の悪性新生物   | 0805 Disorders of vestibular function<br>メニエール病                       |
| 0208 Malignant Lymphoma<br>悪性リンパ腫   | 0806 Other diseases of inner ear<br>その他の内耳疾患                          |
| 0209 Leukaemia<br>白血病   | 0807 Other disorders of ear<br>その他の耳疾患                                |
| 0210 Other Malignant neoplasms<br>その他の悪性新生物   | IX Diseases of the circulatory system<br>循環器系の疾患                      |
| 0211 Other benign neoplasms and other neoplasms<br>良性新生物及びその他の新生物   | 0901 Hypertensive diseases<br>高血圧性疾患                                  |
| III Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism<br>血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 0902 Ischaemic heart diseases<br>虚血性心疾患                               |
| 0301 Anaemias<br>貧血   | 0903 Other forms of heart disease<br>その他の心疾患                          |
| 0302 Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism<br>その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 | 0904 Subarachnoid hemorrhage<br>くも膜下出血                                |
| IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases<br>内分泌、栄養及び代謝疾患  | 0905 Intracerebral hemorrhage<br>脳内出血                                 |
| 0401 Disorders of thyroid gland<br>甲状腺障害  | 0906 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries<br>脳梗塞            |
| 0402 Diabetes mellitus<br>糖尿病   | 0907 Cerebral arteriosclerosis<br>脳動脈硬化(症)                            |
| 0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism<br>その他の内分泌、栄養及び代謝疾患  | 0908 Other cerebrovascular diseases<br>その他の脳血管疾患                      |
| V Mental and behavioural disorders<br>精神及び行動の障害   | 0909 Atherosclerosis<br>動脈硬化(症)                                       |
| 0501 Vascular dementia and Unspecified dementia<br>血管性及び詳細不明の痴呆   | 0910 Haemorrhoids<br>痔核   |
| 0502 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use<br>精神作用物質使用による精神及び行動の障害                                 | 0911 Hypotension<br>低血圧症  |
| 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders<br>統合失調症、統合失調症型障害者及び妄想性障害  | 0912 Other disorders of circulatory system<br>その他の循環器系の疾患             |
| 0504 Mood [affective] disorders<br>気分[感情]障害(躁うつ病を含む)  |   |
| 0505 Neurotic, stress-related and somatoform disorders<br>神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害  |   |
| 0506 Mental retardation<br>知的障害(精神遅滞)   |   |
| 0507 Other psychoses and disorders of action<br>その他の精神及び行動の障害   |   |



|  |  |
|--|--|
| X Diseases of the respiratory system<br>呼吸器系の疾患                                    | 1309 Disorders of bone density and structure<br>骨の密度及び構造の障害  |
| 1001 Acute nasopharyngitis [common cold]<br>急性鼻咽頭炎 [かぜ] (感冒)                       | 1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues<br>その他の筋骨格系及び結合組織の疾患  |
| 1002 Acute pharyngitis and tonsillitis<br>急性咽頭炎及び急性扁桃炎                             | XIV Diseases of the genitourinary system<br>腎尿路生殖器系の疾患   |
| 1003 Other acute upper respiratory infections<br>その他の急性上気道感染症                      | 1401 Glomerular diseases<br>糸球体疾患及び腎尿管間質性疾患  |
| 1004 Pneumonia<br>肺炎   | 1402 Renal failure<br>腎不全  |
| 1005 Acute bronchitis and bronchiolitis<br>急性気管支炎及び急性細気管支炎                         | 1403 Urolithiasis<br>尿路結石症   |
| 1006 Vasomotor and allergic rhinitis<br>アレルギー性鼻炎                                   | 1404 Other diseases of urinary system<br>その他の腎尿路系の疾患   |
| 1007 Chronic sinusitis<br>慢性副鼻腔炎   | 1405 Hyperplasia of prostate<br>前立腺肥大(症)   |
| 1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic<br>急性又は慢性と明示されない気管支炎            | 1406 Other diseases of male genital organs<br>その他の男性生殖器の疾患   |
| 1009 Chronic obstructive pulmonary disease<br>慢性閉塞性肺疾患                             | 1407 Menopausal and postmenopausal disorders<br>月経障害及び閉経周辺期障害  |
| 1010 Asthma<br>喘息  | 1408 Other disorders of breast and female genital organs<br>乳房及びその他の女性生殖器の疾患   |
| 1011 Other diseases of respiratory system<br>その他の呼吸器系の疾患                           | XV Pregnancy, childbirth and the puerperium<br>妊娠、分娩及び産じょく   |
| X I Diseases of the digestive system<br>消化器系の疾患                                    | 1501 Pregnancy with abortive outcome<br>流産   |
| 1101 Dental caries<br>う蝕   | 1502 Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium<br>妊娠高血圧症候群                      |
| 1102 Gingivitis and periodontal diseases<br>歯肉炎及び歯周疾患                              | 1503 Single spontaneous delivery<br>単胎自然分娩   |
| 1103 Other disorders of teeth and supporting structures<br>その他の歯及び歯の支持組織の障害        | 1504 Others<br>その他の妊娠、分娩及び産じょく   |
| 1104 Gastric and duodenal ulcer<br>胃潰瘍及び十二指腸潰瘍                                     | XVI Certain conditions originating in the perinatal period<br>周産期に発生した病態   |
| 1105 Gastritis and duodenitis<br>胃炎及び十二指腸炎   | 1601 Disorders related to length of gestation and fetal growth<br>妊娠及び胎児発育に関連する障害  |
| 1106 Alcoholic liver disease<br>アルコール性肝疾患  | 1602 Others<br>その他の周産期に発生した病態  |
| 1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified<br>慢性肝炎(アルコール性のものを除く)             | XVII Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities<br>先天奇形、変形及び染色体異常                                      |
| 1108 Liver cirrhosis<br>肝硬変(アルコール性のものを除く)  | 1701 Congenital anomalies of heart<br>心臓の先天奇形  |
| 1109 Other disorders of liver<br>その他の肝疾患   | 1702 Others<br>その他の先天奇形、変形及び染色体異常  |
| 1110 Cholelithiasis and cholecystitis<br>胆石症及び胆のう炎                                 | XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified<br>症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの |
| 1111 Diseases of pancreas<br>膵疾患   | 1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified<br>症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの  |
| 1112 Other diseases of digestive system<br>その他の消化器系の疾患                             | XIX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes<br>損傷、中毒及びその他の外因の影響                                      |
| X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue<br>皮膚及び皮下組織の疾患                   | 1901 Fracture<br>骨折  |
| 1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue<br>皮膚及び皮下組織の感染症                | 1902 Intracranial damage and internal organ damage<br>頭蓋内損傷及び内臓の損傷   |
| 1202 Dermatitis and eczema<br>皮膚炎及び湿疹  | 1903 Burns and corrosions<br>熱傷及び腐食  |
| 1203 Others<br>その他の皮膚及び皮下組織の疾患   | 1904 Poisoning<br>中毒   |
| X III Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue<br>筋骨格及び結合組織の疾患 | 1905 Others<br>その他の損傷及びその他の外因の影響   |
| 1301 Inflammatory polyarthropathies<br>炎症性多発性関節障害                                  | XIX Special purpose code<br>特殊目的コード  |
| 1302 Arthrosis<br>関節症  | 2210 Severe acute respiratory syndrome<br>重症急性呼吸器症候群[SARS]   |
| 1303 Spondylopathies<br>脊椎障害(脊椎症を含む)   | 2220 Other special purpose codes<br>その他の特殊目的コード  |
| 1304 Intervertebral disc disorders<br>椎間板障害  |  |
| 1305 Cervicobrachial<br>頸腕症候群  |  |
| 1306 Low back pain and sciatica<br>腰痛症及び坐骨神経痛insurance.                            |  |
| 1307 Other dorsopathies<br>その他の脊柱障害  |  |
| 1308 Shoulder lesions<br>肩の傷害(損傷)  |  |

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance  
1503番は健康保険は適用されません