



同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係		
支給年月日	令和 年 月 日								
支給額									
※ 支給決議書	支給内訳	法定	資格	得喪	年 月 日	認削	年 月 日		
	付加				年 月 日		年 月 日		
	種 目	請 求	査 定	種 目	請 求	査 定	種 目	請 求	査 定
	初 診	円	円	検 査	円	円		円	円
	再 診			処置及び手術					
	往 診			そ の 他			合 計		
投 薬						一部負担			

海外 健康保険 被保険者 療養費 支給申請書  
被扶養者 療養付加金

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	② 生 年 月 日	③ 被保険者の (フリガナ) (申請者) 氏名			
	療養が被扶養者に 関する時はその方の	④ 氏 名	⑤ 生年 月 日	⑥ 被保険者 との続柄		
	⑦ 被 保 険 者 (申請者) の 住 所	〒 (フリガナ) - ( )				
	⑧ 事 業 所 の 名 称	⑨ 事 業 所 の 所 在 地				
	⑩ 傷 病 名	⑪ 発病又は負傷年月日 (療養開始日)		年 月 日		
	⑫ 負傷の 場合その 原因及び 経過	[負傷日時・場所等] ※傷病名がけがの場合のみご記入ください 平・令 年 月 日 ( 曜日 ) <input type="checkbox"/> 午前 ・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 ⑬ けが(負傷)をした日は次のうちどれに当たりますか。 <input type="checkbox"/> 出勤日 ・ <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ⑭ けが(負傷)をした時間帯は次のうちどれに当たりますか。 <input type="checkbox"/> 勤務時間中 ・ <input type="checkbox"/> 通勤途中 ( <input type="checkbox"/> 出勤 ・ <input type="checkbox"/> 退勤 ) <input type="checkbox"/> 出張中 ・ <input type="checkbox"/> 私用 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( ) ⑮ けが(負傷)をした場所は次のうちどれに当たりますか。 <input type="checkbox"/> 会社内 ・ <input type="checkbox"/> 道路上 ・ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )		⑯ けが(負傷)をした原因は次のうちどれに当たりますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 ( <input type="checkbox"/> 職場の行事 ・ <input type="checkbox"/> 職場の行事以外 ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 (飼い主 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ) <input type="checkbox"/> あてはまらない ⑰ 「上記4」にあてはまる場合、あなたは次のうちどれに当たりますか。 <input type="checkbox"/> 被害者 ・ <input type="checkbox"/> 加害者 ・ <input type="checkbox"/> 相手無 ⑱ 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。		
	診療を受けた 病院等	⑬ 名 称	⑭ 診療した医師氏名			
	⑯ 診 療 の 期 間 (支給期間)	自 年 月 日 至 年 月 日	診療 日 数	⑰ 入院・入院外 の 別 入院外 入院	⑱ 入院の場合、入院の期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間	⑲ 診療に要した費用の額 (通貨単位)
	⑲ 診 療 の 内 容	⑳ 療養の給付を受ける ことができなかった理由				

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者印

東京都報道事業健康保険組合

委任状	本請求に基づく給付金の受領方を代理人に委任します		令和 年 月 日
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	
	-----		
	代理人	住所 氏名	

【添付書類について】

	添付書類1 (診療を受けた現地の担当医の証明)	添付書類2 (共通)
医科	<ul style="list-style-type: none"> <li>様式A「診療内容明細書」及び様式B「領収明細書」</li> <li>様式A及び様式Bの日本語翻訳</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>領収書の原本               <ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 診療に要した費用の全額を自己負担していることが確認できるもの</li> </ul> </li> <li>海外に渡航した事実が確認できる書類               <ul style="list-style-type: none"> <li>▷ パスポート等の写し(出入国がわかるもの)</li> </ul> </li> <li>調査に関する同意書</li> </ul>
歯科	<ul style="list-style-type: none"> <li>様式C「歯科診療内容明細書(領収明細書)」</li> <li>様式Cの日本語翻訳</li> </ul>	

【海外療養費支給申請に関して】

1. 個人別、1ヶ月・1医療機関ごと、入院・通院別に分けてご申請ください。
2. 支給額は「現地支払額を支給決定日のレートで換算した金額」と「厚生労働省が定めた国内での疾病別の治療費」を比較して、どちらか低い方の金額の保険負担分(一般7割)となります。
3. 傷病名・国際疾病分類番号は必ず記入してください。
4. 様式A、B、C 翻訳の翻訳者氏名・住所・電話番号を記入、捺印をお願いします。
5. 治療目的で海外へ行った場合は対象外となります。
6. 医師または病院等に費用の支払をした日の翌日から、2年を経過すると時効により支給が出来なくなりますのでご注意ください。

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「被扶養者」の文字はいずれか該当する方をマルで囲んでください。
2. 1で「被保険者」にマルをされた方は ④⑤⑥ の欄に“該当せず”とご記入ください。  
 // 「被扶養者」にマルをされた方は ④⑤⑥ の欄に必ずご記入ください。
3. 任意継続被保険者の方は ⑧ の欄に“任意継続”とご記入ください。
4. ⑩「傷病名」の欄が、けがの場合は ⑫「負傷の場合その原因及び経過」の欄を必ずご記入ください。
5. 診療を受けたのではなく、薬剤の支給だけを受けた場合と、医師以外の者から手当を受けた場合は、⑬⑭⑮⑯の欄はその様に読みかえてご記入ください。

**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、かつ署名してください。
- 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。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 \_\_\_\_\_  
Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ Sex 性別 Male 男 · Female 女
2. Name of Illness or Injury preferably with the Number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance (Please refer to the table attached to this form.) 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号  
\_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)
3. Date of First Diagnosis 初診日 \_\_\_\_\_
4. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 \_\_\_\_\_ days
5. Type of Treatment 治療の分類
- Hospitalization 入院 From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ days)
- Out patient or Home Visit 入院外 Month 月: \_\_\_\_\_ Year 年: \_\_\_\_\_
- Date 日付: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15  
16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief) 症状の概要  
\_\_\_\_\_
7. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要  
\_\_\_\_\_
8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? 治療は事故の傷害によるものですか。  
Yes はい · No いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician 医療機関又は担当医に支払った医療費の内訳  
▷ Fill in Form B 様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所
- Name 名前 Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_  
Office Address 病院又は診療所の住所 \_\_\_\_\_  
Office 病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_  
Reference Number of your Medical Record (if applicable) 診療録の番号 \_\_\_\_\_

# 様式A 翻訳

## 2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

(No. )

## 6. 病状の概要

## 7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

氏名

®

住所

電話番号

## 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、かつ署名してください。
- 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。

Name of Patient (Last, First) 患者名 \_\_\_\_\_

Country 国名 \_\_\_\_\_ Currency unit 通貨単位 \_\_\_\_\_

Item (項目)		Amount (金額)
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 (職業看護師費)	
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 the amount of the prescription of an individual medicine. 処方した薬の名称と量を記入してください。	
12	Surgical Dressing (包帯費)	
13	Anesthetics (麻酔費)	
14	Operating Room Charge (手術室費用)	
15	The Others (その他・特記) (Specify)	
Total 合計		

※ Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e,payment for a luxurious room charge.  
特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Office Address 病院又は診療所の住所 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

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

## 様式B 翻訳

### 10. 諸検査費の内訳

---

---

---

---

### 11. 医薬費の内訳（薬の名称、量）

---

---

---

---

---

### 15. その他（特記事項）

---

---

---

---

翻 訳 者

氏 名

⑩

住 所

電話番号

**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、かつ署名してください。
- 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。

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 \_\_\_\_\_
2. Age (Date of birth) 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ 3. Sex 性別 Male 男 ・ Female 女
4. Date of First Diagnosis 初診日 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ 5. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 \_\_\_\_\_ days
6. Name of Illness 傷病名  Dental Caries う蝕症  Missing Teeth 欠損  Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏  
 The Others その他 ( \_\_\_\_\_ )
7. Localization of Teeth 部位

Permanent Teeth 永久歯								primary teeth 乳歯																					
R.	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	L.	R.	e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	L.
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8			e	d	c	b	a	a	b	c	d	e	

8. Type of Treatment 治療の分類 ( Currency unit 通貨単位 \_\_\_\_\_ )

Dental Treatment (歯科治療)	Localization of Teeth Examined (患歯部位)	Material (材料)	Fee (治療費)
Initial Office Visit (初診料)			
X-Ray Examination(レントゲン検査)			
Dental Pulp Extirpation (抜髄)			
Extraction (抜歯)			
Filling (充填)			
Inlay (インレー)			
Metal Crown (金属冠)			
Post Crown (継続歯)			
Jacket Crown (ジャケット冠)			
Bridge Work (ブリッジ)			
Plate Denture (有床義歯)			
Partial Denture (局部義歯)			
Complete Denture (総義歯)			
Treatment of Pyorrhea Alveolaris (歯槽膿漏処置)			
Medicines (投薬)			
The Others (その他)			
Total (合計)			

9. Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓 \_\_\_\_\_ First 名 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

Office Address 病院又は診療所の住所 \_\_\_\_\_

Office 病院又は診療所の名称 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

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

# 様式C 翻訳

## 治療の分類

歯科治療	患歯部位	材 料	治療費
初診料			
レントゲン検査			
抜 髄			
抜 歯			
充 填			
インレー			
金属冠			
継続歯			
ジャケット冠			
ブリッジ			
有床義歯			
局部義歯			
総義歯			
歯槽膿漏処置			
投 薬			
その他			
合 計			

翻 訳 者

氏 名

Ⓜ

住 所

電話番号



# 調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

治療開始日 Starting date of medication	_____	年 Year	_____	月 Month	_____	日 Day	_____
患者名 Name of Patient	_____						
住所 Address	_____						
生年月日 Date of birth	_____	年 Year	_____	月 Month	_____	日 Day	_____

東京都報道事業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_ は、東京都報道事業健康保険組合の職員又は東京都報道事業健康保険組合が委託した事業者が、海外療養費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）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、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを提示することも併せて同意します。

To : Health insurance association of Tokyo press industry

I (patient who has received treatment) authorize Health insurance association of Tokyo press industry or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms. Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

## 署名・押印欄 Signature

署名・押印は、治療を受けた本人が行ってください。

なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印してください。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature.

However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

氏名 Signature	_____	Ⓜ					
住所 Address	_____						
日付 Date	_____	年 Year	_____	月 Month	_____	日 Day	_____
患者との関係 Relation to the insured	本人 Self・親権者 Guardian・法定相続人 Heir・その他 Other ( _____ )						

※ 本同意書の有効期限は署名日から6か月間です。

This agreement of authorization expires 6 month after the signed date.

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載いただくことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

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

<p>I Certain infections and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症</p> <p>0101 Intestinal infectious diseases 腸管感染症</p> <p>0102 Tuberculosis 結核</p> <p>0103 Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症</p> <p>0104 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患</p> <p>0105 Viral hepatitis ウイルス肝炎</p> <p>0106 Other viral diseases その他のウイルス疾患</p> <p>0107 Mycoses 真菌症</p> <p>0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症</p> <p>0109 Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症</p> <p>II Neoplasms 新生物</p> <p>0201 Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物</p> <p>0202 Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物</p> <p>0203 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物</p> <p>0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物</p> <p>0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物</p> <p>0206 Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物</p> <p>0207 Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物</p> <p>0208 Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫</p> <p>0209 Leukaemia 白血病</p> <p>0210 Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物</p> <p>0211 Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物</p>	<p>III Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</p> <p>0301 Anaemias 貧血</p> <p>0302 Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害</p> <p>IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患</p> <p>0401 Disorders of thyroid gland 甲状腺障害</p> <p>0402 Diabetes mellitus 糖尿病</p> <p>0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患</p> <p>V Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害</p> <p>0501 Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の認知症</p> <p>0502 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害</p> <p>0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害</p> <p>0504 Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)</p> <p>0505 Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害</p> <p>0506 Mental retardation 知的障害(精神遅滞)</p> <p>0507 Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害</p> <p>VI Diseases of the nervous system 神経系の疾患</p> <p>0601 Parkinson's disease パーキンソン病</p> <p>0602 Alzheimer's disease アルツハイマー病</p> <p>0603 Epilepsy てんかん</p> <p>0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群</p>
<p>0605 Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害</p> <p>0606 Others その他の神経系の疾患</p>	<p>0911 Hypotension 低血圧症</p> <p>0912 Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患</p>

- VII Diseases of the eye and adnexa  
眼及び付属器の疾患
- 0701 Conjunctivitis  
結膜炎
- 0702 Cataract  
白内障
- 0703 Disorders of refraction and accommodation  
屈折及び調節の障害
- 0704 Other diseases of the eye and adnexa  
その他の眼及び付属器の疾患
- VIII Diseases of the ear and mastoid process  
耳及び乳様突起の疾患
- 0801 Otitis externa  
外耳炎
- 0802 Other disorders of external ear  
その他の外耳疾患
- 0803 Otitis media  
中耳炎
- 0804 Other diseases of middle ear and mastoid  
その他の中耳及び乳様突起の疾患
- 0805 Disorders of vestibular function  
メニエール病
- 0806 Other diseases of inner ear  
その他の内耳疾患
- 0807 Other disorders of ear  
その他の耳疾患
- IX Diseases of the circulatory system  
循環器系の疾患
- 0901 Hypertensive diseases  
高血圧性の疾患
- 0902 Ischaemic heart diseases  
虚血性心疾患
- 0903 Other forms of heart disease  
その他の心疾患
- 0904 Subarachnoid hemorrhage  
くも膜下出血
- 0905 Intracerebral hemorrhage  
脳内出血
- 0906 Occclusion of precerebral and Cerebral arteries  
脳梗塞
- 0907 Cerebral arteriosclerosis  
脳動脈硬化(症)
- 0908 Other cerebrovascular diseases  
その他の脳血管疾患
- 0909 Atherosclerosis  
動脈硬化(症)
- 0910 Haemorrhoids  
痔核

- 1112 Other diseases of digestive system  
その他の消化器系の疾患

- XII Diseases of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の疾患
- 1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue  
皮膚及び皮下組織の感染症
- 1202 Dermatitis and eczema  
皮膚炎及び湿疹
- 1203 Others

- X Diseases of the respiratory system  
呼吸器系の疾患
- 1001 Acute nasopharyngitis [common cold]  
急性鼻咽頭炎[かぜ] (感冒)
- 1002 Acute pharyngitis and tonsillitis  
急性咽頭炎及び急性扁桃炎
- 1003 Other acute upper respiratory infections  
その他の急性上気道感染症
- 1004 Pneumonia  
肺炎
- 1005 Acute bronchitis and bronchiolitis  
急性気管支炎及び急性細気管支炎
- 1006 Vasomotor and allergic rhinitis  
アレルギー性鼻炎
- 1007 Chronic sinusitis  
慢性副鼻腔炎
- 1008 Bronchitis, not specified as acute or chronic  
急性又は慢性と明示されない気管支炎
- 1009 Chronic obstructive pulmonary diseases  
慢性閉塞性肺疾患
- 1010 Asthma  
喘息
- 1011 Other diseases of respiratory system  
その他の呼吸器系の疾患

- XI Diseases of the digestive system  
消化器系の疾患
- 1101 Dental caries  
う蝕
- 1102 Gingivitis and periodontal diseases  
歯肉炎及び歯周疾患
- 1103 Other disorders of teeth and supporting structures  
その他の歯及び歯の支持組織の障害
- 1104 Gastric and duodenal ulcer  
胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
- 1105 Gastritis and duodenitis  
胃炎及び十二指腸炎
- 1106 Alcoholic liver disease  
アルコール性肝疾患
- 1107 Chronic hepatitis, not elsewhere classified  
慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
- 1108 Liver cirrhosis  
肝硬変(アルコール性のものを除く)
- 1109 Other disorders of liver  
その他の肝疾患
- 1110 Cholelithiasis and cholecystitis  
胆石症及び胆のう炎
- 1111 Diseases of pancreas  
膵疾患

- 1408 Other disorders of breast and female genital organs  
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

- XV Pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠、分娩及び産じょく
- 1501 Pregnancy with abortive outcome  
流産
- 1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium

その他の皮膚及び皮下組織の疾患

XIII Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

筋骨格系及び結合組織の疾患

- 1301 Inflammatory polyarthropathies  
炎症性多発性関節障害
- 1302 Arthrosis  
関節痛
- 1303 Spondylopathies  
脊椎障害(脊椎症を含む)
- 1304 Intervertebral disc disorders  
椎間板障害
- 1305 Cervicobrachial syndrome  
頸肩腕症候群
- 1306 Low back pain and sciatica  
腰痛症及び坐骨神経痛
- 1307 Other dorsopathies  
その他の脊柱障害
- 1308 Shoulder lesions  
肩の障害(損傷)
- 1309 Disorders of bone density and structure  
骨の密度及び構造の障害
- 1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues  
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

XIV Diseases of the genitourinary system

腎尿路生殖器系の疾患

- 1401 Glomerular diseases  
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患
- 1402 Renal failure  
腎不全
- 1403 Urolithiasis  
尿路結石症
- 1404 Other diseases of urinary system  
その他の尿路系の疾患
- 1405 Hyperplasia of prostate  
前立腺肥大(症)
- 1406 Other diseases of male genital organs  
その他の男性生殖器の疾患
- 1407 Menopausal and postmenopausal disorders  
月経障害及び閉経周辺期障害

妊娠高血圧症候群

\*1503 Single spontaneous delivery

単胎自然分娩

1504 Others

その他の妊娠、分娩及び産じょく

XVI Certain conditions originating in the perinatal period

周産期に発生した病態

1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth

妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others

その他の周産期に発生した病態

XVII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities

先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart

心臓の先天奇形

1702 Others

その他の先天奇形、変形及び染色体異常

XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified

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

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified

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

XIX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture

骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage

頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions

熱傷及び腐食

1904 Poisoning

中毒

1905 Others

その他の損傷及びその他の外因の影響

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the Health Insurance.  
1503番(\*印)は健康保険は適用されません。