

海外療養費支給申請書様式

海外療養費は海外の医療機関で実際にかかった費用の組合負担分（7割～8割）が支給される訳ではなく、日本における保険診療の範囲内（支払った費用が下回った場合は、実際にかかった費用の組合負担分）で支給決定されます。

※ 海外旅行等、個人で保険に加入されることをおすすめいたします。
（保険に加入されていても海外療養費は支給されます。）

※ 治療目的で海外へ行った場合は、対象になりません。

手続きに必要な書類

- ①「療養費支給申請書」②「領収書（原本）」
- ③「パスポートの写し」※所持者、入出国記録が確認できる部分
- ④「調査に関わる同意書・署名欄」

※療養を受けた海外の医療機関等に照会する場合があるため

- ⑤医科の場合「A-2」と⑥「B-2」 / 歯科の場合⑦「C-2」

※「A-2」・「B-2」・「C-2」については担当医師から証明を受けてください。

また「A-2」・「B-2」・「C-2」の各項目について、別紙翻訳の添付が必要となります。

（注意）医療機関で証明を受ける際、必ず「表1-1」・「表1-2」を提示してください。「2-A」の傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号を記入する際に必要になります。

- 1, 手続きに必要な書類は、受診者、受診月、医療機関、入院、外来、それぞれに対して1枚ずつ申請が必要になります。
- 2, 海外から申請するときは事業主（国内に残った被扶養者も可）を経由してください。
- 3, 組合から直接には海外へは送金はいたしません。㊟欄委任状で受領の委任をしてください。
- 4, 申請書等に添付する証拠書類が外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文を必ず添付してください。（翻訳文には翻訳者の氏名及び住所を記入してください。）
- 5, 償還の請求期限は費用の支払いをした日の翌日から2年以内ですのでご注意ください。

玩具人形健康保険組合

被保険者
家族

療養費
療養付加金

支給申請書

(第 回目)

| | | | | | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------|----------|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 欄 | ① 被保険者証号 の記号・番号 | — | ② 被保険者(申請者) の氏名と印 | フリガナ | | |
| | ③ 被保険者(申請者) の現住所 | 〒 — | | TEL () | | |
| | ④ 事業所の名称 | | | TEL () | | |
| | ⑤ 療養が被扶養者 に関するときは、その者の | 氏名 | 生年月日 | 昭 平 令 | 年 月 日 | 被保険者との続柄 |
| | ⑥ 傷病名及び傷病の経過 | ケガ → 病気 → | ⑦ 負傷(ケガ)は第三者行為によるものですか はい ・ いいえ 〔別途「第三者行為による 傷病届」を提出してください〕 ・ 〔右欄に記入して下さい〕 | ⑨ 負傷(ケガ)の原因・状況 (いつ) 年 月 日() 時 分頃 (どこで) (何をしていて、どのように負傷したか) | | |
| | ⑧ 発病の原因 | 発病の年月日 | | | | |
| | ⑩ 診療の期間 | 自: 年 月 日 至: 年 月 日 日間 | ⑪ 入院・入院外の別 0 : 入院外 1 : 入院 | ⑫ 入院の場合左記の記入期間 自: 年 月 日 至: 年 月 日 日間 | ⑬ 診療に要した費用 | |
| | ⑭ 診療を受けた 病院等 | 名称 所在地 | 診療した医師名 | | | |
| | ⑮ 診療又は手当が被保険者の選定に係る特別な病室の提供、その他厚生大臣が定める療養費を含むときはその旨 | | | | | |
| | ⑯ 診療の内容 | | | ⑰ 療養の給付を受けることができなかった理由 | | |
| ⑱ 渡航目的 | ・海外勤務 ・旅行 ・その他() | | | | | |
| ⑲ 委任状 | 被保険者が在籍している場合 | | わたくしは、被保険者被扶養者 療養費・療養費付加金の受領を事業所の保険給付金受領代理人に委任します。 住所 被保険者の氏名 令和 年 月 日 | | | |
| ⑳ 振込依頼書 | (フリガナ) 銀行名 | 銀行 支店 | 口座区分 | 普通・当座 | | |
| | (フリガナ) 口座名義 | | 口座番号 | 令和 年 月 日提出 受付年月日 | | |
| | 本請求にかかわる保険給付金は上記に振込みされるよう依頼します。 令和 年 月 日 被保険者であった者(申請者)の氏名 | | | | | |
| | 玩具人形健康保険組合 (R3.4) | | | | | |

(様式A)

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。

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 a result of an accidental injury ? 治療は事故の障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 FormB 様式Bによる
10. Name and Address of Attending Physician 担当医の名前及び住所
Name Last 姓 First 名 Title 称号
Office Address 病院又は診療所の住所
Office 病院または診療所の名称
Date . . 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

(様式B)

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。

1. 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) | |
| 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 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 合格 | | |

※ 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 病院または診療所の名称 _____

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

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。

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. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">8</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">1</td></tr> </table> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td></tr> <tr><td style="padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">2</td><td style="padding: 0 5px;">3</td><td style="padding: 0 5px;">4</td><td style="padding: 0 5px;">5</td><td style="padding: 0 5px;">6</td><td style="padding: 0 5px;">7</td><td style="padding: 0 5px;">8</td></tr> </table> L. | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | R. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">e</td><td style="padding: 0 5px;">d</td><td style="padding: 0 5px;">c</td><td style="padding: 0 5px;">b</td><td style="padding: 0 5px;">a</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">e</td><td style="padding: 0 5px;">d</td><td style="padding: 0 5px;">c</td><td style="padding: 0 5px;">b</td><td style="padding: 0 5px;">a</td></tr> </table> <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 0 5px;">a</td><td style="padding: 0 5px;">b</td><td style="padding: 0 5px;">c</td><td style="padding: 0 5px;">d</td><td style="padding: 0 5px;">e</td></tr> <tr><td style="padding: 0 5px;">a</td><td style="padding: 0 5px;">b</td><td style="padding: 0 5px;">c</td><td style="padding: 0 5px;">d</td><td style="padding: 0 5px;">e</td></tr> </table> L. | e | d | c | b | a | e | d | c | b | a | a | b | c | d | e | a | b | c | d | e |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e | d | c | b | a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e | d | c | b | a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a | b | c | d | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a | b | c | d | e | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

8. Type of Treatment 治療の分類

| Dental Treatment (歯科治療) | Localization of Examined(患部部位) | 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 病院または診療所の名称 _____ 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 | 患者部位 | 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 | _____ |

玩具人形健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、 _____ は、健康保険組合の職員又は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 : Ganguningyou Health Insurance Society

I(patient who has received treatment) authorize health insurance society 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.

署名欄 Signature

署名は、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ヶ月間です。

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

なお、国や地域で、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、所定の書類に必要な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.

社会保険表章用国際疾病分類表

Table of International Classification of Diseases for the use of social Insurance

| | | | |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | 感染症及び寄生虫症 Certain infectious and parasitic diseases | 0502 | 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use |
| 0101 | 腸管感染症 Intestinal infectious diseases | 0503 | 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders |
| 0102 | 結核 Tuberculosis | 0504 | 気分[感情]障害(躁うつ病を含む) Mood [affective] disorders |
| 0103 | 主として性的伝播様式をとる感染症 Infections with a predominantly sexual mode of transmission | 0505 | 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 Neurotic, stress-related and somatoform disorders |
| 0104 | 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患 Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions | 0506 | 精神遅滞 Mental retardation |
| 0105 | ウイルス肝炎 Viral hepatitis | 0507 | その他の精神及び行動の障害 Other psychoses and disorders of action |
| 0106 | その他のウイルス疾患 Other viral diseases | | |
| 0107 | 真菌症 Mycoses | | |
| 0108 | 感染症及び寄生中症の続発・後遺症 Sequelae of infectious and parasitic diseases | VI | 神経系の疾患 Diseases of the nervous system |
| 0109 | その他の感染症及び寄生虫症 Other infectious and parasitic diseases | 0601 | パーキンソン病 Parkinson's disease |
| | | 0602 | アルツハイマー病 Alzheimer's disease |
| II | 新生物 Neoplasms | 0603 | てんかん Epilepsy |
| 0201 | 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach | 0604 | 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群 Cerebral palsy and other paralytic syndromes |
| 0202 | 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon | 0605 | 自律神経の障害 Disorders of autonomic nervous system |
| 0203 | 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum | 0606 | その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system |
| 0204 | 肝及び肝内胆管の悪性新生物 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts | VII | 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa |
| 0205 | 気管、気管支及び肺の悪性新生物 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung | 0701 | 結膜炎 Conjunctivitis |
| 0206 | 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast | 0702 | 白内障 Cataract |
| 0207 | 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus | 0703 | 屈折及び調節の障害 Disorders of refraction and accommodation |
| 0208 | 悪性リンパ腫 Malignant Lymphoma | 0704 | その他の眼及び付属器の疾患 Other diseases of the eye and adnexa |
| 0209 | 白血病 Leukaemia | | |
| 0210 | その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms | VIII | 耳及び乳様突起の疾患 Diseases of the ear and mastoid process |
| 0211 | 良性新生物及びその他の新生物 Other benign neoplasms and other neoplasms | 0801 | 外耳炎 Otitis externa |
| III | 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism | 0802 | その他の外耳疾患 Other disorders of external ear |
| 0301 | 貧血 Anaemias | 0803 | 中耳炎 Otitis media |
| 0302 | その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism | 0804 | その他の中耳及び乳様突起の疾患 Other diseases of middle ear and mastoid |
| IV | 内分泌、栄養及び代謝疾患 Endocrine, nutritional and metabolic diseases | 0805 | メニエール病 Disorders of vestibular function |
| 0401 | 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland | 0806 | その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear |
| 0402 | 糖尿病 Diabetes mellitus | 0807 | その他の耳疾患 Other disorders of ear |
| 0403 | その他の内分泌、栄養及び代謝疾患 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism | IX | 循環器の疾患 Diseases of the circulatory system |
| V | 精神及び行動の障害 Mental and behavioural disorders | 0901 | 高血圧性疾患 Hypertensive diseases |
| 501 | 血管性及び詳細不明の痴呆 Vascular dementia and Unspecified dementia | 0902 | 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases |
| | | 0903 | その他の心疾患 Other forms of heart diseases |
| | | 0904 | くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage |
| | | 0905 | 脳内出血 Intracerebral hemorrhage |
| | | 0906 | 脳梗塞 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries |
| | | 0907 | 脳動脈硬化(症) Cerebral arteriosclerosis |
| | | 0908 | その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases |
| | | 0909 | 動脈硬化(症) Atherosclerosis |
| | | 0910 | 痔核 Haemorrhoids |
| | | 0911 | 低血圧(症) Hypotension |
| | | 0912 | その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system |

※ 表 1-2

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

注 : 1503番(※印)は社会保険は適用されません。

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.