

# 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



(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b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 <b>Certain infectious and parasitic diseases</b>	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 <b>Diseases of the nervous system</b>
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 <b>Neoplasms</b>	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 <b>Diseases of the eye and adnexa</b>
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 <b>Diseases of the ear and mastoid process</b>
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 <b>Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism</b>	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 <b>Endocrine, nutritional and metabolic diseases</b>	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 <b>Diseases of the circulatory system</b>
V	精神及び行動の障害 <b>Mental and behavioural disorders</b>	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 <b>Diseases of the respiratory system</b>	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
1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis	Menopausal and postmenopausal disorders
1007 慢性副鼻腔炎 Chronic sinusitis	1408 乳房及びその他の女性性器の疾患
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	Other disorders of breast and female genital organs
1009 慢性閉鎖性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease	XV 妊娠、分娩及び産じょく
1010 喘息 Asthma	<b>Pregnancy, childbirth and the puerperium</b>
1011 その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system	1501 流産 pergnancy with abortive outcome
X I 消化器系の疾患 <b>Diseases of the digestive system</b>	1502 妊娠中毒症
1101 ウ蝕 Dental caries	Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases	1503 ※単胎自然分娩 Single spontaneous delivery
1103 その他の歯及び歯の支持組織の障害 Other disorders of teeth and supporting structures	1504 その他の妊娠、分娩及び産じょく
1104 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍 Gastritis and duodenal ulcer	Others Pregnancy, childbirth and the puerperium
1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis	XVI 周産期に発病した病態
1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease	<b>Certain conditions originating in the perinatal period</b>
1107 慢性肝炎(アルコール性のものを除く) Chronic hepatitis, not elsewhere classified	1601 妊娠及び胎児発育に関連する障害
1108 肝硬変(アルコール性のものを除く) Liver cirrhosis not elsewhere classified	Disorders related to length of gestation and fetal growth
1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver	1602 その他の周産期に発生した病態
1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis	Others Certain conditions originating in the perinatal period
1111 膵疾患 Diseases of pancreas	XVII 先天奇形、変形及び染色体異常
1112 その他の消化器系の疾患 Other diseases of digestive system	<b>Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities</b>
X II 皮膚及び皮下組織の疾患 Diseases of the skin and subcutaneous tissue	1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart
1201 皮膚及び皮下組織の感染症 Infections of the skin and subcutaneous tissue	1702 その他の先天奇形、変形及び染色体異常
1202 皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema	Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患 Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue	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
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患 Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	<b>Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified</b>
1301 炎症性多発性関節障害 Inflammatory polyarthropathies	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
1302 関節症 Arthrosis	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
1303 脊椎障害(脊椎症を含む) Spondylopathies	XIX 損傷、中毒及びその他の外因の影響
1304 椎間板障害 Intervertebral disd disorders	<b>Injury, poisoning and certain other consequences of external causes</b>
1305 頸腕症候群 Cervicobrachial	1901 骨折 Fracture
1306 腰痛症及び坐骨神経通 Low back pain and sciatica	1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷
1307 その他の脊椎障害 Other dorsopathies	Intracranial damage and internal organ damage
1308 肩の障害 Shoulder lesions	1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions
1309 骨密度及び構造の障害 Disorders of bone density and structure	1904 中毒 Poisoning
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	1905 その他の損傷及びその他の外因の影響
XIV 尿路性器系の疾患 <b>Diseases of the genitoieinaey system</b>	Other Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
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.