

# 健康保険 海外療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

|             |              |       |      |                             |   |             |
|-------------|--------------|-------|------|-----------------------------|---|-------------|
| 被保険者(申請者)情報 | 記号           | 番号    | 生年月日 | 年                           | 月 | 日           |
|             | 被保険者等(右づめ)   |       |      | <input type="checkbox"/> 昭和 |   |             |
|             |              |       |      | <input type="checkbox"/> 平成 |   |             |
|             | 氏名(フリガナ)     | 事業所名称 |      |                             |   |             |
|             | 住所           |       |      |                             |   | ( 都 道 府 県 ) |
|             | 電話番号(日中の連絡先) |       |      |                             |   |             |

|      |                      |                                                                    |              |            |                                                                                                               |                                                            |   |   |   |  |
|------|----------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---|---|---|--|
| 申請内容 | 受診者                  | <input type="checkbox"/> 被保険者<br><input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) | 家族の場合はその方の氏名 | 生年月日       | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和                     | 年                                                          | 月 | 日 |   |  |
|      | 傷病名                  |                                                                    |              |            | 発病または負傷年月日                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |  |
|      | 発病の原因および経過(詳しく)      | 1. 病気 (原因および経過)<br>2. ケガ ➡ 負傷原因届を併せてご提出ください。                       |              |            | 第三者行為によるものですか<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br>「はい」の場合は「第三者の行為による負傷届」を提出してください。 |                                                            |   |   |   |  |
|      | 診療を受けた医療機関等の国名       | 名称                                                                 | 所在地          | 診療した医師等の氏名 |                                                                                                               |                                                            |   |   |   |  |
|      |                      | 名称                                                                 | 所在地          | 診療した医師等の氏名 |                                                                                                               |                                                            |   |   |   |  |
|      | 診療を受けた期間             | 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで                                               | 日数           | 日          |                                                                                                               |                                                            |   |   |   |  |
|      | 上記の期間に入院していた場合はその期間  | 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで                                               | 日数           | 日          |                                                                                                               |                                                            |   |   |   |  |
|      | 療養に要した費用の額(通貨単位)     | ( )                                                                | 診療の内容        |            |                                                                                                               |                                                            |   |   |   |  |
|      | 療養の給付を受けることができなかった理由 |                                                                    |              |            |                                                                                                               |                                                            |   |   |   |  |

|         |        |                    |              |
|---------|--------|--------------------|--------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関名称 | 銀行 金庫 信組 農協 その他( ) | 本店 支店 出張所 支所 |
|         | 預金種別   | 普通                 | 口座番号         |

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

印

## 被保険者の皆さんへ

1. 被保険者またはその家族が海外に在住中または旅行中に負傷したり疾病にかかった場合の費用については、国内における保険診療の範囲内で償還されます。
2. 償還手続に必要な書類は、この冊子の健康保険<sup>国民健康保険</sup>療養費支給申請書と様式 A（歯科の場合は C）・B です。担当の医師に証明してもらってください。
3. どの様式も、各月ごと、入院・外来ごとにつき 1 枚ずつ証明してもらってください。  
例：4 月に外来患者として通院し、途中で入院、5 月半ばに退院した人は、外来分 1 枚（4 月分）、入院分 2 枚（4・5 月分）を必要とします。
4. A の 2・6・7、B の (10)・(11)・(15)、C の患歯部位等については裏面に翻訳を付し、翻訳者の住所・氏名を書いてください。翻訳者が本人の場合も書いてください。
5. 海外から申請するときは、事業主（留守家族も可）を経由してください。
6. 全国健康保険協会（健康保険組合）からは、直接海外送金が行われません。事業主等が受け取ることとなりますので、連絡をとるようにしてください。
7. 償還の請求は、医師または病院等に費用の支払いをした日の翌日から数えて 2 年を経過するとできなくなるので、ご注意ください。

## Request to Attending Physician 担当医へのお願い

1. 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。
2. 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
各月ごと、また入院・入院外ごとに付き、この様式1枚が必要です。

## Attending Physician's Statement 診療内容明細書

Form A  
様式A

1. Name of Patient (Last, First) \_\_\_\_\_ Age (Date of birth) \_\_\_\_\_ Sex (Male - Female) \_\_\_\_\_  
患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 (生年月日) \_\_\_\_\_ 性別 (男・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 (PS ~ P10 参照)  
\_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)
3. Date of first Diagnosis \_\_\_\_\_  
初診日
4. Days of Diagnosis and Treatment \_\_\_\_\_ days  
診療日数 \_\_\_\_\_ 日間
5. Type of Treatment  
治療の分類  

☐ Hospitalization  
入院

From \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
至 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 日間)

☐ Outpatient or Home Visit  
入院外

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
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? Yes ☐ No ☐  
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ
9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician: Fill in Form B.  
医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳 : 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) \_\_\_\_\_

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

Office (病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

翻譯 (A)

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

\_\_\_\_\_

6. 症状の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. 処方、手術その他の処置の概要

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

翻譯者

住所

氏名

電話



## Request to Attending Physician

## 担当医へのお願い

1. 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。
2. 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient (home visit) should be filled out.  
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt  
領 収 明 細 書Form B  
様 式 B

|                                    |             |    |  |
|------------------------------------|-------------|----|--|
| (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 Examination              | 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) Anesthetics           | 麻 酔 費      | \$ |  |
| (14) Operating room Charge | 手 術 室 費 用  | \$ |  |
| (15) The Others (Specify)  | その他 (項目明記) | \$ |  |
|                            |            | \$ |  |
|                            |            | \$ |  |
|                            |            | \$ |  |

|            |     |    |  |
|------------|-----|----|--|
| (16) Total | 合 計 | \$ |  |
|------------|-----|----|--|

Unit is \_\_\_\_\_  
通貨単位

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e., payment for a luxurious room charge.

注 意: 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名称及び住所

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

Address (住所) : Home (自宅) Phone (電話)

Office (病院または診療所) Phone

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

圖邦訳 (B)

(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) その他 (特記事項)

---

---

---

---

---

---

翻訳者

住所

氏名

電話





# Request to Attending Physician 担当医へのお願い

1. 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。
2. 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。
3. One form for each month and one form for hospitalization/outpatient(home visit) should be filled out.  
各月ごと、また入院・入院外ごとにつき、この様式1枚が必要です。

Form C

## Attending Dentist's Statement

様式C

## 歯科診療内容明細書

|                                                                                                                     |  |                                                       |  |                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Name of Patient (Last, First)<br>患者名 _____                                                                       |  | Age (Date of birth)<br>年齢 (生年月日) _____                |  | Sex (Male - Female)<br>性別 (男 - 女) _____                                                     |  |
| 2. Date of first Diagnosis<br>初診日 _____                                                                             |  | 3. Days of Diagnosis and Treatment<br>診療日数 _____ days |  |                                                                                             |  |
| Permanent tooth                                                                                                     |  |                                                       |  | Primary tooth                                                                               |  |
| (Upper)<br>(RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (LEFT)<br>(Lower) (RIGHT) 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 (LEFT) |  |                                                       |  | (Upper)<br>(RIGHT) e d c b a a b c d e (LEFT)<br>(Lower) (RIGHT) e d c b a a b c d e (LEFT) |  |

Type of Treatment 治療の分類

| Dental Treatment<br>歯科治療                   | Localization of Teeth Examined<br>患歯部位 | Date |     |     | Fee<br>治療費 |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|------|-----|-----|------------|
|                                            |                                        | MO.  | DA. | YR. |            |
| Initial Office Visit 初診料                   |                                        |      |     |     |            |
| X-Ray Examination レントゲン検査                  |                                        |      |     |     |            |
| Dental Pulp Extirpation 抜髄                 |                                        |      |     |     |            |
| Operation 手術                               |                                        |      |     |     |            |
| 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<br>歯槽膿漏処置 |                                        |      |     |     |            |
| Medicine 投薬                                |                                        |      |     |     |            |
| The Others その他                             |                                        |      |     |     |            |
| Total 合計                                   |                                        |      |     |     |            |

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) \_\_\_\_\_  
 Address (住所) : Home (自宅) \_\_\_\_\_ Phone (電話) \_\_\_\_\_  
 Office (病院または診療所) \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
 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

國邦訳 (C)

| Permanent tooth |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | Primary tooth |   |   |   |   |        |   |   |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|
| (Upper)         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | (RIGHT)       |   |   |   |   | (LEFT) |   |   |   |   |   |
|                 | 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 |
| (Lower)         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | (RIGHT)       |   |   |   |   | (LEFT) |   |   |   |   |   |
|                 | 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 |

治療の分類

| 歯科治療                | 患歯部位 | 日付 |   |   | 治療費 |
|---------------------|------|----|---|---|-----|
|                     |      | 月  | 日 | 年 |     |
| 初診料                 |      |    |   |   |     |
| レントゲン検査             |      |    |   |   |     |
| 抜歯                  |      |    |   |   |     |
| 手術                  |      |    |   |   |     |
| 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<br>局部義歯<br>総義歯 |      |    |   |   |     |
| 歯槽膿漏処置              |      |    |   |   |     |
| 投薬                  |      |    |   |   |     |
| その他                 |      |    |   |   |     |
| 合計                  |      |    |   |   |     |

翻訳者

住所

氏名

電話



Table of International Classification of Diseases for the use of Health 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                                      | 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 |
| 0101 Intestinal infectious diseases<br>腸管感染症                                                  | 0301 Anaemias<br>貧血                                                                                                             |
| 0102 Tuberculosis<br>結核                                                                       | 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 |
| 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          | IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases<br>内分泌、栄養及び代謝疾患                                                                |
| 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 | 0401 Disorders of thyroid gland<br>甲状腺障害                                                                                        |
| 0105 Viral hepatitis<br>ウイルス肝炎                                                                | 0402 Diabetes mellitus<br>糖尿病                                                                                                   |
| 0106 Other viral diseases<br>その他のウイルス疾患                                                       | 0403 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism<br>その他の内分泌、栄養及び代謝疾患                                                  |
| 0107 Mycoses<br>真菌症                                                                           | V Mental and behavioural disorders<br>精神及び行動の障害                                                                                 |
| 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases<br>感染症及び寄生虫症の続発・後遺症                        | 0501 Vascular dementia and Unspecified dementia<br>血管性及び詳細不明の認知症                                                                |
| 0109 Other infectious and parasitic diseases<br>その他の感染症及び寄生虫症                                 | 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                                 |
| II Neoplasms<br>新生物                                                                           | 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders<br>統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害                                               |
| 0201 Malignant neoplasm of stomach<br>胃の悪性新生物                                                 | 0504 Mood [affective] disorders<br>気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）                                                                            |
| 0202 Malignant neoplasm of colon<br>結腸の悪性新生物                                                  | 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                                              |
| 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          | 0506 Mental retardation<br>知的障害（精神遅滞）                                                                                           |
| 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts<br>肝及び肝内胆管の悪性新生物                 | 0507 Other psychoses and disorders of action<br>その他の精神及び行動の障害                                                                   |
| 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung<br>気管、気管支及び肺の悪性新生物                      | VI Diseases of the nervous system<br>神経系の疾患                                                                                     |
| 0206 Malignant neoplasm of breast<br>乳房の悪性新生物                                                 | 0601 Parkinson's disease<br>パーキンソン病                                                                                             |
| 0207 Malignant neoplasm of uterus<br>子宮の悪性新生物                                                 | 0602 Alzheimer's disease<br>アルツハイマー病                                                                                            |
| 0208 Malignant Lymphoma<br>悪性リンパ腫                                                             | 0603 Epilepsy<br>てんかん                                                                                                           |
| 0209 Leukaemia<br>白血病                                                                         | 0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes<br>脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群                                                           |
| 0210 Other Malignant neoplasms<br>その他の悪性新生物                                                   |                                                                                                                                 |
| 0211 Other benign neoplasms and other neoplasms<br>良性新生物及びその他の新生物                             |                                                                                                                                 |

0605 Disorders of autonomic nervous system  
自律神経系の障害

0606 Others  
その他の神経系の疾患

VI 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

VII 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 Occlusion 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

0911 Hypotension  
低血圧症

0912 Other disorders of circulatory system  
その他の循環器系の疾患

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

- 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  
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  
関節症
- 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  
肩の傷害（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  
腎尿路生殖系系の疾患
- 1401 Glomerular diseases  
糸球体疾患及び腎臓細管間質性疾患
- 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

- 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、分娩及び産後
- 1501 Pregnancy with abortive outcome  
流産
- 1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
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、分娩及び産後
- 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。