被保険者の皆様へ

海外療養費支給申請書作成の注意事項について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １． | 被保険者又はその家族が、海外に在住中または旅行中に負傷や疾病にかかった場合の費用に | | |
|  | ついて、国内における保険診療の範囲内で償還されます。 | | |
| ２． | 償還手続きに必要な書類は、この冊子の「 | 被保険者 | 海外療養費支給申請書」と、医療機関及び |
| 被扶養者 |
|  | 担当医師に作成していただく「様式Ａ」「様式Ｂ」、歯科の場合は併せて「様式Ｃ」となります。 | | |
| ３． | どの様式も、各月ごと、入院・外来ごとにつき１枚ずつ作成し提出していただきます。 | | |
|  | 例：４月に外来患者として通院し、途中で入院、５月半ばに退院した場合、外来４月分として１枚、入院は４月と５月分として２枚作成し提出となります。 | | |
| ４． | 「様式Ａの項目２、６、７」、「様式Ｂの(10)、(11)、(15)」、「様式Ｃの患歯部位等」については | | |
|  | 「■邦訳ページ」に各項目の内容を翻訳し、翻訳者の住所、氏名を記入し提出してください。  翻訳者が本人の場合も記入し提出をお願いします。 | | |
| ５． | 海外から申請する場合は、事業主または留守家族から提出してもかまいません。 | | |
| 注意事項  　この請求は、医師又は病院等に費用を支払った日の翌日から数えて2年を経過するとできなくなります。 | | | |
|  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 年　　　月　　　日 |  |  |  | |  |  |
| 伺年月日 | 年　　　月　　　日 |  | 支給支払決議書 | | | | |
| 決裁年月日 | 年　　　月　　　日 |  | 常務理事 | 事務長 | |  | 担当者 |
| 支給額 | 円 |  |  |  | |  |  |
| 支給期間 | 自　　　　　　年　　　月　　　日 |  | 資格取得 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 至　　　　　　年　　　月　　　日 |  | 資格喪失 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 日間 |  | 支払年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者  被扶養者 | 海外療養費支給申請書 | （第　　　回目） |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （注意事項）  　　輸血及びコルセット等治療用装具に関する申請のときは、「医師の証明書」のほか  　　これに要した費用の「領収書」を添付してください。 | 被保険者証の  記号・番号 |  | | | 被保険者が勤務  する（していた）事業所の | | 名称 | | | |  | | | | | | | | | | 電話 | | （注）　この申請書には診療内容明細書を添付して下さい。 |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 |  | | | | | | | | | | | 発病又は負傷の年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| 発病又は  負傷の原因 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の経過 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療又は手当を受けた医療機関の名称･所在地及び医師の氏名 | 名称 |  | | | | | | | | | 所在地及び電話番号 | | | |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 診療又は  手当の内容 |  | | | | | | | | | | | | 入院期間 | | | | | 自　　　　　年　　 月　　 日  至　　　　　年　　 月　　 日 | | | |
| コルセット装着日 | | | | | 年　　 月　　 日 | | | |
| 診療又は手当  を受けた期間 | 自　　　　　年　　　　月　　　　日  至　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | 日間 | | | | | 診療又は手当に  要した費用の額 | | | | | 金　　　　　　　　　　　　円也 | | | | |
| 療養又は手当が被保険者の選定に係る特別の病室の提供、その他厚生大臣が定める療養を含むときはその旨 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 療養の給付又は特定療養費もしくは家族療養費の支給を受けることができなかった理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第三者の行為による負傷であるとき | その事実と届出  の有無 | |  | | | | | 加害者の氏名 | | | | | |  | | | | | | | |
| 加害者の住所 | | | | | |  | | | | | | | |
| 被扶養者に関  する申請のとき | 氏名 | |  | | | | | 生年  月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | 被保険者  との続柄 | |  |
| 振込希望の銀行  又は郵便局名 | 銀行　　　　支店（ | | | | | | 普通  当座 | | 第　　　　　　　号）・　　　　　　　　　郵便局 | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 富士石油健康保険組合理事長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任状 | 私は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め、次の権限を委任する。 | | | | | | |
| 年　　　月　　　日請求した | | | 被保険者 | | 療養費のうち | |
| 被扶養者 | |
| 金　　　　　　　　　円也の受領に関すること。 | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 被保険者の | | 住所 | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 代理人の | | 住所 | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 振込希望の銀行  又は郵便局名 | | 銀行　　　　　支店（ | | | 普通  当座 | | 第　　　　　　号）・　　　　　　　　郵便局 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 領収書 | 金　　　　　　　　　　　円也但し  　　　　　　　うえの金額を領収いたしました。  　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　富士石油健康保険組合理事長　殿 | |
| 受領者 | 住所  氏名 |

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。

**Attending Physician’s Statement**

Form A 　　**診療内容明細書**

様式 A

１．Name of patient(Last, First) Age(Date of Birth) Sex(Male・Female)

患 者 名 年令（生年月日） 性別（男・女）

２．Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of Diseases for  
the use of Social Insurance (See the other side of this form)

傷病名及び社会保険表章用国際疾病分類番号

（No. ）

３．Date of First Diagnosis : / /

初 診 日

４．Days of Diagnosis and Treatment : days

診 療 日 数

５．Type of Treatment

治療の分類

□ Hospitalization　:　From / / 　　to　 / / 　( 　days)

入 院 自 　　至 　 　日間

□ Out patient 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 □

治療は事故の障害によるものですか。 　はい いいえ

９．Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending physician : Form B

治 療 実 費 様式 B

１０．Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前 : Last 姓 　　First 名

Address 住所 : Home 自宅 Phone

Office 病院又は診療所 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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■様式Ａの邦訳 | |  | |  |  |
| ２． | 傷病名およ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 | | |  |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  |  | | |  |  |
|  | 翻訳者 | |  | |  |
|  | 住所 | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  | 氏名 | |  | |  |
|  | 電話 | |  | |  |
|  |  | | |  |  |

Form B

様式 B

**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(特記明記) $ $

$ $

(16) Total 合計 $

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 : Last First Title

名前 姓 名

Address : Home 自宅 Phone

住所 Office 病院又は診療所 Phone

Date Signature

日付 署名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ■様式Ｂの邦訳 | |  | |  |  |
| (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) | 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) | | | Age(Date of birth) | | | | Sex ( Male ・ Female) | | |
| 患者名 | |  |  |  |  |  | | 性別（男・女） | |
| 2. Date of first Diagnosis | | |  |  |  |  | |  |  |
| 初診日 | | /　　　　/ |  |  |  |  | |  |  |
| Permanent tooth | | |  |  | Primary tooth | | |  |  |
| (Upper) | (RIGHT) |  |  | (LEFT) | (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 |
|  | 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) |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |  |

Type of Treatment　治療の分類

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dental Treatment | Localization of Teeth Examined | Date | | | Fee |
| 歯科治療 | 患歯部位 | MO. | DA. | YR. | 治療費 |
| 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  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

Address 住所 : Home 自宅 Phone

Office 病院又は診療所 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

■邦訳（Ｃ）

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

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 |  |  |  |  |  |
| 抜髄 |  |  |  |  |  |
| 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  局部義歯  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 |  | |  |
|  |  | |  |  |

**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

0101 腸管感染症 Intestinal infectious diseases

0102 結 核 Tuberculosis

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

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

0105 ウイルス肝炎 Viral hepatitis

0106 その他のウイルス疾患 other viral diseases

0107 真菌症 Mycoses

0108 感染症及び寄生虫の続発・後遺症

Sequelae of infectious and parasitic diseases

0109 その他の感染症及び寄生虫症

Ⅱ 新生物 Neoplasms

0201 胃の悪性新生物 Malignant neoplasm of stomach

0202 結腸の悪性新生物 Malignant neoplasm of colon

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

0204 肝炎及び肝内胆管の悪性新生物

Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts

0205 気管、気管支及び肺の悪性新生物

Malignant neoplasm of trachea,bronchus and lung

0206 乳房の悪性新生物 Malignant neoplasm of breast

0207 子宮の悪性新生物 Malignant neoplasm of uterus

0208 悪性リンパ腫 malignant Lymphoma

0209 白血病 Leukaemia

0210 その他の悪性新生物 Other Malignant neoplasms

0211 良性新生物及びその他の新生物

Other benign neoplasms and other neoplasms

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

0301 貧 血 Anaemias

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

Ⅳ 内分泌、栄養及び代謝疾患

Endocrine, nutritional and metabolic diseases

0401 甲状腺障害 Disorders of thyroid gland

0402 糖尿病 Diabetes mellitus

0403 その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism

Ⅴ 精神及び行動の傷害

Mental and behavioural disorders

0501 血管性及び詳細不明の痴呆

Vascular dementia and Unspecified dementia

0502 精神作用物質使用による精神及び行動の傷害

Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use

0503 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害

Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

0504 気分（感情）障害（躁うつ病を含む）Mood[affective] disorders

0505 神経性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害

Neurotic, stress-related and somatoform disorders

0506 精神遅滞 Mental retardation

0507 その他の精神及び行動の障害

Other psychoses and disorders of action

Ⅵ 神経系の患者 Diseases of the nervous system

0601 パーキンソン病 Parkinson’s disease

0602 アルツハイマー病 Alzheimer’s disease

0603 てんかん Epilepsy

0604 脳性麻痺及びその他の麻酔性症候群

Cerebral palsy and other paralytic syndromes

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

0606 その他の神経系の疾患 Others Diseases of the nervous system

Ⅶ 眼及び付属器の疾患 Diseases of the eye and adnexa

0701 結膜炎 Conjunctivitis

0702 白内障 Cataract

0703 屈折及び調節の障害Disorders of refraction and accommodation

0704 その他の眼及び付属器の疾患Other diseases of the eye and adnexa

Ⅷ 耳及び乳様突起の疾患

Diseases of the ear and mastoid process

0801 外耳炎 Otitis externa

0802 その他の外耳疾患 Other disorders of external ear

0803 中耳炎 Otitis media

0804 その他の中耳及び乳様突起の疾患

Other diseases of middle ear and mastoid

0805 メニエール病 Disorders of vestibular function

0806 その他の内耳疾患 Other diseases of inner ear

0807 その他の耳疾患 Other diseases of ear

Ⅸ 循環器系の疾患 Diseases of the circulatory system

0901 高血圧性疾患 Hypertensive diseases

0902 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases

0903 その他の心疾患 Other froms of heart disease

0904 くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage

0905 脳内出血 Intracerebral hemorrhage

0906 脳梗塞 Occulusion of percerebral and cerebral arteries

0907 脳動脈硬化（症） Cerebral arteriosclerosis

0908 その他の脳血管疾患 Other cerebrobascular diseases

0909 動脈硬化（症） Atherosclerosis

0910 痔核 Haemorrhoids

0911 低血圧 Hypotension

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

Ⅹ 呼吸器系の疾患 Diseases of the respiratory system

1001 急性鼻咽頭炎［かぜ］ Acute nasopharyngitis [ common cold]

1002 急性咽頭炎及び急性扁桃腺 Acute pharyngitis and tonsillitis

1003 その他の急性上気道感染症Other acute upper respiratory infecitions

1004 肺炎 Pneumonia

1005 急性気管支炎及び急性細気管支炎Acute bronchitis and bronchiolitis

1006 アレルギー性鼻炎 Vasomotor and allergic rhinitis

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

1009 慢性閉塞性肺疾患 Chronic obstructive pulmonary disease

1010 喘息 Asthma

1011 その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system

ⅩⅠ 消化器系の疾患 Diseases of the digestive system

1101 う蝕 Dental caries

1102 歯肉炎及び歯周疾患 Gingivitis and periodontal diseases

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 Gastric and duodenal ulcer

1105 胃炎及び十二指腸炎 Gastritis and duodenitis

1106 アルコール性肝疾患 Alcoholic liver disease

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

1109 その他の肝疾患 Other disorders of liver

1110 胆石症及び胆のう炎 Cholelithiasis and cholecystitis

1111 膵疾患 Diseases of pancreas

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

ⅩⅡ 皮膚及び皮下組織の疾患

Diseases of the skin and subcutaneous tissue

1201 皮膚及び皮下組織の感染症

Infections of the skin and subcutaneous tissue

1202 皮膚炎及び湿疹 Dermatitis and eczema

1203 その他の皮膚及び皮下組織の疾患

Others Diseases of the skin and subcutaneous tissue

ⅩⅢ 筋骨格系及び結合組織の疾患

Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

1301 炎症性多発性間接障害 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 disc disorders

1305 頸腕症候群 Cervicobrachial

1306 腰痛症及び座骨神経痛 Low back pain and sciatica

1307 その他の脊柱障害 Other dorsopathies

1308 肩の障害 Shoulder lesions

1309 骨の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 muscles and connective tissues

ⅩⅣ 尿路性器系の疾患 Diseases of the genitourinary system

1401 糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患 Glomerular diseases

1402 腎不全 Renal failure

1403 尿路結石症 Urolithiasis

1404 その他の尿路系の疾患 Other diseases of urinary system

1405 前立腺肥大（症） Hyperplasia of prostate

1406 その他の男性性器の疾患 Other diseases of male genital organs

1407 月経障害及び閉経周辺期障害

Menopausal and postmenopausal disorders

1408 乳房及びその他女性性器の疾患

Other disorders of breast and female genital organs

ⅩⅤ 妊娠、分娩及び産じょく

Pregnancy, childbirth and the puerperium

1501 流産 Pregnancy with abortive outcome

1502 妊娠中毒症

Oedema, proteinuria and hypertensive disoders in pregnancy,

Childbirth and the puerperium

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

ⅩⅥ 周産期に発生した病態

Certain conditions originating in the perinatal period

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

1602 その他の周産期に発生した病態

Others Certain conditions originating in the perinatal period

ⅩⅦ 先天奇形、変形及び染色体異常

Congenital malformations, deformations and chromosomal

abnormalities

1701 心臓の先天奇形 Congenital anomalies of heart

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

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

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

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

1901 骨折 Fracture

1902 頭蓋内損傷及び内臓の損傷

Intracranial damage and internal organ damage

1903 熱傷及び腐食 Burns and corrosions

1904 中毒 Poisoning

1905 その他の損傷及びその他の外因の影響

Others Injury, poisoning and certain other consequences of external

causes

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 insuranc