

海外用

健康保険被保険者療養費支給申請書  
家族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の記号番号	該当するものに○印					
	—	1. 事業所勤務 名称 所在地			2. 特例退職 被保険者		3. 任意継続 被保険者
	②被保険者(申請者) の氏名	フリガナ			③ 生 年 月 日		
					昭和		
					平成		
	④被保険者(申請者) の住所	〒 (TEL)					
	⑤療養が被扶養者に 関するときは その者の氏名	フリガナ			生 年 月 日		続柄
					昭和 平成 令和		
	⑥発病又は負傷年月日 (療養開始日)	年 月 日		⑦発病又は負傷の原因 及びその経過			
	⑧傷 病 名			⑨コルセット装着証明年月日		⑩第三者行為によるものですか	
				年 月 日		1. いいえ 2. はい	
	⑪診療を受けた病院等	名 称		診療した医師氏名			
		所在地 (TEL)					
	⑫ 診療の 期間 (薬剤のみの時は支給期間)	自 年 月 日		日間		⑬入院・入院外の別	
	至 年 月 日				1: 入院 2: 入院外		
⑭入院の場合の 上記の入院期間	自 年 月 日		日間		⑮診療に要した費用		
	至 年 月 日				円		
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振込希望銀行	銀 行		預金種目		口座番号(右づめで記入)		
			普通	当座			
	支 店 出張所		フリガナ				
			口座名義人				

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被 保 険 者 住 所 〒					
	(請求者) 氏 名					
	代 理 人 住 所 〒					
	代 理 人 氏 名					
振 込 希 望 銀 行	銀 行		預金種目		口座番号 (右づめで記入)	
			普通	当座		
	支 店 出張所		フリガナ			
			口座名義人			

令和 年 月 日請求

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者	
---------------	--

## 海外療養費を申請される加入者の皆様へ

被保険者またはその家族が海外に在住中や旅行中に、業務外の理由での負傷や疾病にかかって療養の費用が発生した場合には、日本国内における保険診療の基準により算定した額に、一部負担金を控除した額が償還されます。なお、現に療養に要した費用の額（当時のレートで日本円に換算した額）を限度に支給されます。

（ただし、治療が目的で海外に渡航した場合は除きます。）

1. 償還手続きに必要な書類は下記のとおりです。

### 医科の場合

- ①療養費支給申請書 ②領収書（原本） ③様式A「診療内容明細書」  
④様式B「領収明細書」

### 歯科の場合

- ①療養費支給申請書 ②領収書（原本） ③様式C「診療内容明細書」

様式Aは、国際疾病分類表を添えて担当医に証明してもらい、傷病名・疾病分類番号は必ず記入してもらってください。

様式Bは、担当医または病院等の事務長に証明してもらい、通貨の単位は必ず記入してもらってください。

様式Cは、担当医に証明してもらってください。

それぞれの様式には**日本語訳**を添付し、訳者の住所・氏名を記入してください。

第三者の翻訳が望ましいですが、やむを得ず本人が翻訳した場合でも住所・氏名を記入してください。

2. 様式A・B・Cの証明が受けられなかった場合は、病院発行の「診療明細書」「領収明細書」の原本を添付し申請いただいても結構です。その場合でも、それぞれの**日本語訳**を必ず添付してください。（様式は問いませんが、様式A・B・Cの邦訳書式を使用していただくか、その内容に沿って作成してください。）

3. 原則、支給申請書および様式A・B・Cのいずれも受診者ごと、各月ごと、病院ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ記載し、証明してもらってください。

4. 支給申請書の振込希望口座は日本国内の金融機関口座をご指定ください。日本国内に口座がない場合は、事業主やご家族の方等を受取代理人にご指定ください。

5. 添付書類

- ①旅券、航空券その他の海外に渡航した事実が確認できる書類の写し  
②保険者が海外療養の内容について、当該海外療養を担当した者に照会することに関する当該海外療養を受けた者の同意書

※請求期限は、医師または病院等に費用を支払った日の翌日から数えて2年となっていますのでご注意ください。

※各様式についてはコピーし、あるいは該当する言語により同内容の様式を作成し、申請いただいても結構です。

# Request to Attending Physician

担当医へのお願い

Form A

様式A

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会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書き、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.  
各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。

## Attending Physician's Statement

診療内容明細書

FormA

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 Social Insurance(Please refer to the table attached to this form) 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号 (P 1 ~ P 4 参照)  
\_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_ )
3. Date of First Diagnosis(D/M/Y) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
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 : From \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ days)  
入院 自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 日間)  
 Outpatient or Home Visit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
入院外 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
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  
項目別治療実費 \_\_\_\_\_ 様式Bに記入
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 \_\_\_\_\_  
Hospital/Clinic Address 病院住所 \_\_\_\_\_ Phone 電話 \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

# Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital/Clinic

Form B

担当医又は病院事務長へのお願い

様式 B

1. Please fill in this form so that the patient may claim the social insurance benefit.  
この様式は患者の社会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 either the attending physician or the superintendent of hospital/clinic. .  
この様式は担当医又は病院事務長が書き、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.  
各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。

## Itemized Receipt 領収明細書

FormB  
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 婦 費	_____	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	_____	
(10) Laboratory Tests	諸 検 査 費	_____	
(11) Medicines	医 薬 費	_____	
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	_____	
(13) Anaesthetics	麻 酔 費	_____	
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	_____	
(15) Others(Specify)	・	_____	
	その他 (項目明記)	・	
		・	
(16)Total	合 計	_____	貨幣単位 Unit is _____

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment,i.e.,payment for a luxurious room charge.  
注 意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

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 名前	Last 姓	First 名	Title 称号
Hospital/Clinic Address 病院住所			Phone 電話
Date 日付	Signature 署名		

1. This form is used for claiming the social insurance benefit.  
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending dentist.  
この様式は担当医が書き、かつ署名してください。
3. One form for each month, one form for hospitalization, outpatient and home visit.  
各月毎、入院・入院外毎に、この様式 1 枚が必要です。

FormC  
様式 C

### Attending Dentist's Statement

歯科診療内容明細書

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)				
Date of First Diagnosis (D/M/Y) : _____ / _____ / _____					
初診日					
Days of Diagnosis and Treatment : _____ days					
診療日数 日					
Permanent tooth 永久歯	Primary tooth 乳歯				
RIGHT LEFT	RIGHT LEFT				
(Upper) 1 2 3 4 5 6 7 8   9 10 11 12 13 14 15 16	A B C D E   F G H I J				
(Lower) 32 31 30 29 28   27 26 25   24 23 22 21 20 19 18 17	T S R Q P   O N M L K				
Tooth No. or Letter 歯式	Description of Service 診療内容明細 (Including X-Rays, Prophylaxis, Materials used, ETC) (X線、歯垢の除去、使用される材料等を含む)	Date 日付			Amount 総額
		DA. 日	MO. 月	YR. 年	
<b>Total 合計</b>					

Unit is \_\_\_\_\_  
貨幣単位Name and Address of Attending Dentist  
担当医の名前及び住所

Name 名前 Last 姓

First 名

Title 称号

Hospital/Clinic Address 病院住所

Phone 電話

Date 日付

Signature 署名

Attending Dentist 担当医

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

## 診療内容明細書

様式 A

1.患者名 \_\_\_\_\_ 年齢（生年月日） \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ）性別（男・女）

2.傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号（P 1～P 4 参照）

\_\_\_\_\_（No. \_\_\_\_\_）

3.初診日

4.診療日数 \_\_\_\_\_日間

5.治療の分類

入院：自 \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ 日間）

入院外： \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ 日間）

\_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ 日間）

6.症状の概要

\_\_\_\_\_

7.処方、手術その他の処置概要

\_\_\_\_\_

8.治療は事故の傷害によるものですか。

はい いいえ

9.項目別治療実費：様式Bに記入

10.担当医の名前及び住所

名前：姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号 \_\_\_\_\_

住所：病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

（担当医）

診療録の番号 \_\_\_\_\_

翻訳者の記入欄	
名前	
住所	電話

## 領収明細書

様式 B

(1) 初 診 料	_____
(2) 再 診 料	_____
(3) 往 診 料	_____
(4) 入院管理料	_____
(5) 入 院 費	_____
(6) 診 察 費	_____
(7) 手 術 費	_____
(8) 職業看護婦費	_____
(9) X線検査費	_____
(10) 諸 検 査 費	_____
(11) 医 薬 費	_____
(12) 包 帯 費	_____
(13) 麻 酔 費	_____
(14) 手術室費用	_____
(15) そ の 他 ・	_____
( 項目明記 ) ・	_____
・	_____
	_____ 貨幣単位 _____
(16)合 計	_____

注意 : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いてください。

担当医又は病院事務長の名前及び住所

名前 : 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号 \_\_\_\_\_

住所 : 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

翻 訳 者 の 記 入 欄	
名 前	
住 所	電話

歯科診療内容明細書

様式 C

患者名 _____		年齢 (生年月日) _____		性別 (男・女)																												
初診日: _____																																
診療日数: _____ 日																																
永久歯 (右)			乳歯 (右)																													
(左)			(左)																													
(上)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16																
(下)	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17																
			A			B			C			D			E			F			G			H			I			J		
			T			S			R			Q			P			O			N			M			L			K		
歯式	診療内容明細 (X線、歯垢の除去、使用される材料等を含む)																日付			総額												
																	日	月	年													
																Total 合計																

貨幣単位 \_\_\_\_\_

担当医の名前及び住所  
 名前： 姓 \_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_ 称号 \_\_\_\_\_  
 住所： 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_  
 日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_  
 (担当医)

翻訳者の記入欄	
名	
前	
住	
所	電話



調査に関わる同意書

Agreement of Authorization

- 治療開始日            \_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日
- Starting date of medication    Year\_\_\_\_\_Month\_\_\_\_Day\_\_\_\_\_
- 患者  
(患者名)            \_\_\_\_\_  
(住所)            \_\_\_\_\_  
(生年月日)        \_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日
- Patient  
(Name of patient) \_\_\_\_\_  
(Address)            \_\_\_\_\_  
(Date of birth)    Year\_\_\_\_\_Month\_\_\_\_Day\_\_\_\_\_

民間放送健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）、\_\_\_\_\_は、民間放送健康保険組合の職員又は民間放送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、パスポートを民間放送健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Commercial Broadcasting Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize

Commercial Broadcasting 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下さい。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）が署名して下さい。

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) \_\_\_\_\_

(住所) \_\_\_\_\_

(日付) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [      ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_

(Address) \_\_\_\_\_

(Date) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

※ This agreement of authorization expires six 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頂くことがあります。

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 Social Insurance  
 社会保険用国際疾病分類表

<p><b>I</b> Certain infectious 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                      その他のウイルス感染</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><b>II</b> 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</p> <p>腫 0209 Leukemia                      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><b>III</b> Diseases of the 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 Anemia                      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><b>IV</b> 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><b>V</b> 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痴呆</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>
---	---

- 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 精神分裂症、分裂病型障害及び妄想性障害
- 0504 Mood 【affective】 disorders 気分【感情】障害（躁うつ病を含む）
- 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
- 0506 Mental retardation 精神遅滞
- 0507 Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害

**VI** Diseases of the nervous system  
神経系の疾患

- 0601 Parkinson' s disease  
パーキンソン病
- 0602 Alzheimer' s disease  
アルツハイマー病
- 0603 Epilepsy  
てんかん
- 0604 Cerebral palsy and other paralytic syndromes  
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
- 0605 Disorders of autonomic nervous system  
自律神経系の障害
- 0606 Others  
その他の神経系疾患

**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  
高血圧性疾患
- 0902 Ischaemic heart diseases  
虚血性心疾患
- 0903 Other forms of heart diseases  
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 Hemorrhoids  
痔核
- 0911 Hypotension  
低血圧（症）
- 0912 Other disorders of circulatory  
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]
- 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 disease  
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

**X I** 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  
その他の消化器系疾患

**X II** 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

**X III** 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  
頸腕症候群
- 1306 Low back pain and sciatica  
腰痛及び坐骨神経痛
- 1037 Other dorsopathies  
その他の脊柱障害
- 1308 Shoulder lesions  
肩の障害

- 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  
尿路性器系の疾患
- 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  
その他の男性性器の疾患
- 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性器の疾患
- XV** Pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠、分娩及び産じょく
- 1501 Pregnancy with abortive outcome  
流産
- 1502 Oedema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium  
妊娠中毒症
- \*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

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the Social Insurance.  
1503(\*印)は社会保険は適用されません

- XVI** Certain conditions originating in the perinatal period  
周産期に発生した病態
- 1601 Disorders related to length of gestation and fetal growth  
妊娠及び胎児発育に関する障害
- 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