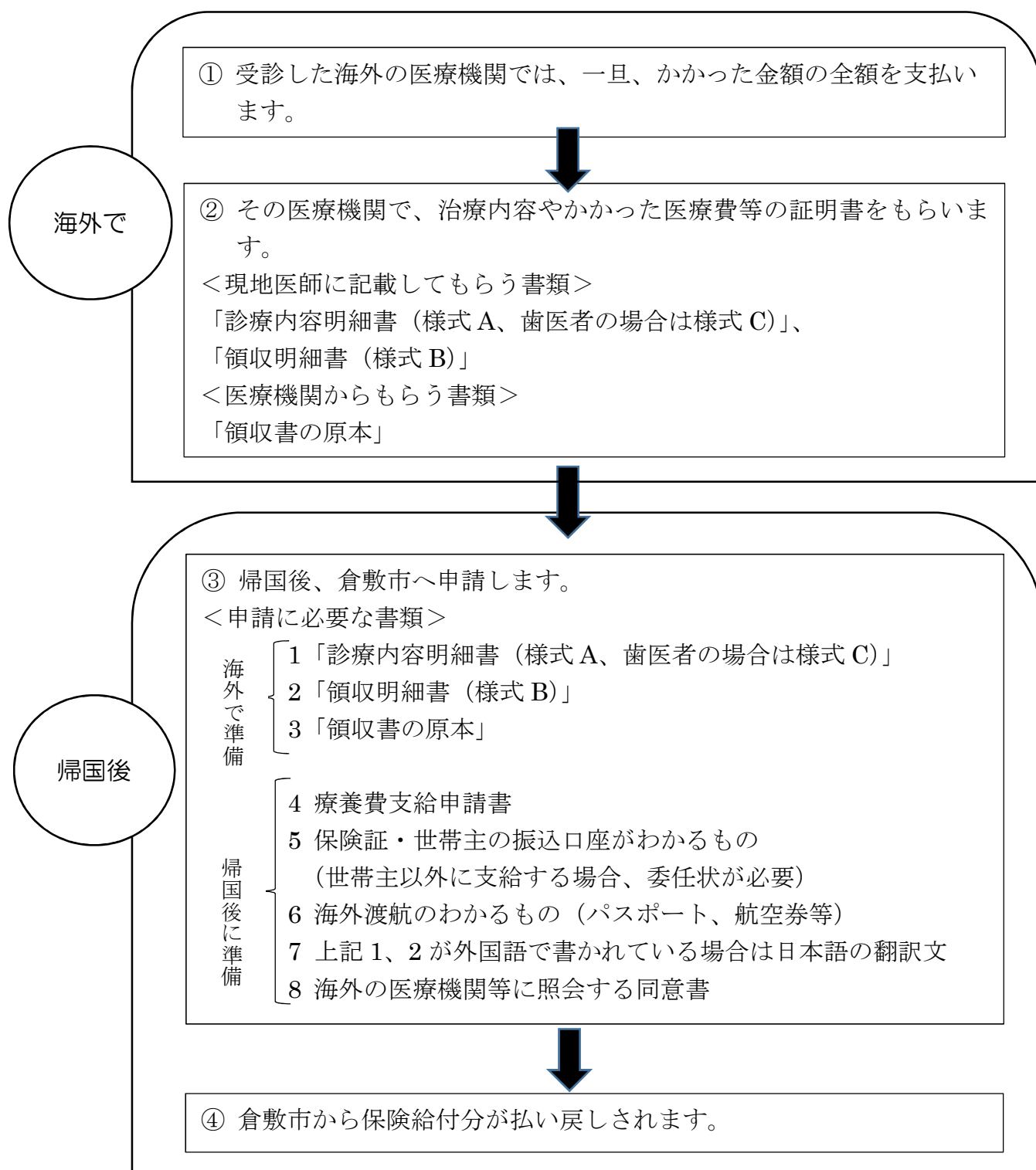


海外療養費の手続きについて

国民健康保険（国保）の被保険者のみなさんが、海外渡航中に病気やけがで治療を受けたときについて、平成13年1月1日から保険が適用されることになりました。※治療目的の渡航は適用外です。

海外渡航中に治療を受け、そして帰国後、
医療費の一部について払い戻しを受ける場合の手続きは
次のようになります



海外療養費は、日本国内での保険医療機関等で 給付される場合を標準として支払われます

海外で支払った医療費は、基本的には、日本国内での保険医療機関等で病気や怪我などで給付される場合を標準として決定した金額（標準額）から被保険者の一部負担金相当額を控除した額が海外療養費として支払われます。ただし、実際に支払った額（実費額）が標準額よりも大きい場合は、標準額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額となります。また実費額が標準額よりも小さいときは、実費額から被保険者の一部負担金相当額を控除した額が払い戻されることとなります。

実際に支払った額（実費額） \geq 標準額 \Rightarrow 標準額から一部負担金を控除した額
実際に支払った額（実費額） $<$ 標準額 \Rightarrow 実費額から一部負担金を控除した額

日本国内で保険適用となっていない医療行為は 給付の対象になりません

あくまでも、その医療行為が日本国内で保険診療の対象となっているものに限られており、世界でもまれな最先端医療、美容整形などの医療は対象外です。

海外療養費申請における その他の注意事項

<診療内容明細書・領収明細書>

傷病名・入院外来の別・診療日数・国名・通貨単位が記載されている必要があります。書類はひと月ごとに1枚、医療機関ごとに1枚必要です。原則、同月の入院と外来についてもそれぞれ書類が必要ですが、医療機関によっては入院と外来とを分けずに記載している場合もあります。その際は国民健康保険課までご連絡ください。

<パスポート>

海外の渡航期間を証明する書類として窓口でコピーをとらせていただきます。パスポート等により海外渡航期間中の受診である旨が証明できない場合は療養費の支給ができません。

<翻訳文>

翻訳者は国保世帯員以外でも大丈夫です。翻訳者欄に署名をお願いします。

<同意書>

申請をする際は同意書の添付が義務付けられています。同意書の該当箇所に記載の上、申請をお願いします。同意書に基づき、海外の医療機関に受診内容等について照会する場合があります。

<お問合せ先>

〒710-8565
倉敷市西中新田640番地
倉敷市国民健康保険課 給付係
電話 (086) 426-3282

国民健康保険療養費支給申請書

(特別療養費支給申請兼用)

区分	1 単独	1 本入	5 家入	7 高入一
	2 2併	2 本外	6 家外	8 高外一
	3 3併	3 六入		9 高入7
	4 六外			0 高外7

療養年月	平成 令和	年	月	分
------	----------	---	---	---

療養を受けた被保険者氏名	保険者番号	3	3	0	0	2	7
個人番号	被保険者証の記号番号	岡2 —					

被保険者の生年月日	昭・平・令	年	月	日	傷病名	内容は別紙のとおり	
療養期間	年 月 日から				発病又は負傷年月日	年 月 日	
	年 (月 日まで 日間)				療養に要した費用	療養の給付	円
						食事療養費	円

診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局等	所在地						
	名称					医師または薬剤師の氏名	

発病の原因、診療内容及び傷病の経緯	第三者の行為によるものですか						
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

療養の給付を受けることができなかった理由							
----------------------	--	--	--	--	--	--	--

種別区分	1		2	3	4	5	7	8	99	88	
	1 医	3 歯	4 調	1 海外療養費	補装具	柔道	マッサージ	はり・きゅう	移送	その他	特別療養費

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙（または裏面）証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住所 倉敷市

世帯主 氏名

個人番号

倉敷市長 あて 電話 ()

1	下記の預金口座へ振込み願います。 (世帯主以外の口座に振込むときは委任状が必要です。)	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 <input type="text"/>	カガナ 名義人
---	--	--------------------------	----------------	--	------------------------------	------------

2	別紙充当承諾書に基づき保険料へ充当願います。
---	------------------------

金融機関CD 個人CD

決定	件数	日数	点数	費用額	保険者分支給額	被保険者等負担額	薬剤負担	その他負担
	(食事療養費)							

受付日	令和	年	月	日	受付窓口	国保	児島	玉島	水島	庄	茶屋町	船穂	真備	受付者
-----	----	---	---	---	------	----	----	----	----	---	-----	----	----	-----

※資格証明書の提示 提示した 提示していない

※太ワク内を記入してください。

国民健康保険療養費支給申請書

(特別療養費支給申請兼用)

Table with 4 columns and 4 rows for district classification (区分). Columns: 1 単独, 1 本入 5 家入, 7 高入一; 2 2併, 2 本外 6 家外, 8 高外一; 3 3併, 3 六入, 9 高入7; 4 六外, 4 六外, 0 高外7.

療養年月: 平成令和 3 年 4 月分

療養を受けた被保険者氏名: 倉敷 花子. 保険者番号: 3 3 0 0 2 7. 個人番号: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2. 被保険者証の記号番号: 岡2 1 2 - 3 4 5.

被保険者の生年月日: 昭平令 39 年 3 月 15 日. 傷病名: 内容は別紙のとおり. 療養期間: 年 月 日から 年 月 日まで. 療養に要した費用: 療養の給付 円, 食事療養費 円.

診療・薬剤の支給又は手当を受けた病院・診療所・薬局等: 所在地 国名, 名称 医療機関の名称, 医師または薬剤師の氏名. 発病の原因、診療の内容及び傷病の経緯: 第三者の行為によるものですか (はい いいえ).

療養の給付を受けることができなかった理由: 旅行により、海外滞在中のため。 ※海外渡航の目的を書くこと

種別区分: 1 医, 3 歯, 4 調, 1 海外療養費, 補装具, 柔道, マッサージ, はり・きゅう, 移送, その他, 特別療養費, 保険者間調整.

上記のとおり療養に要した費用に関する別紙 (または裏面) 証拠書類を添えて申請します。 令和 3 年 5 月 15 日. 〒 710 - 8565. 住所: 倉敷市 西中新田 6 4 0. 世帯主 氏名: 倉敷 太郎. 個人番号: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3. 倉敷市長 あて. 電話: (086) 426 - 3281.

下記の預金口座へ振込み願います。 1 岡山 倉敷 銀行 本店支店支所. 口座番号: 0 9 8 7 6 5 4. 名義人: 倉敷 太郎. (世帯主以外の口座に振込むときは委任状が必要です。)

2 別紙充当承諾書に基づき保険料へ充当願います。 金融機関CD, 個人CD.

Table with 9 columns: 件数, 日数, 点数, 費用額, 保険者分支給額, 被保険者等負担額, 薬剤負担, その他負担. Includes note (食事療養費).

Table with 15 columns: 受付日, 令和, 年, 月, 日, 受付窓口, 国保, 児島, 玉島, 水島, 庄, 茶屋町, 船穂, 真備, 受付者.

※資格証明書の提示 提示した 提示していない

※太ワク内を記入してください。

調査に関わる同意書（海外療養費） Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 Starting date of medication Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日
- ・ 被保険者（患者） Insured (Patient)
(被保険者名 Name of the insured) _____
(住所 Address) 岡山県倉敷市
(生年月日 Date of birth) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

倉敷市長 宛

私（療養を受けた者）、_____と、私の世帯主、_____は、倉敷市の職員あるいは、倉敷市が委託（再々委託まで含む）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、上記確認に必要な資料として、倉敷市へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

To: Mayor of Kurashiki City

I (patient who has received treatment) and my head of house hold, authorize the Kurashiki City Office or its staff, and its subcontractors, including sub-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, for the confirmation mentioned above I agree to show Kurashiki City Office my passport and submit a photocopy of my passport.

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた被保険者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 Signature) _____

(住所 Address) _____

(日付 Date) Year _____ 年 Month _____ 月 Day _____ 日

(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) [_____]

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.

調査に関わる同意書（海外療養費） Agreement of Authorization

・ 治療開始日 Starting date of medication Year 2021 年 Month 1 月 Day 1 日

・ 被保険者（患者） Insured (Patient)

(被保険者名 Name of the insured) 倉敷 花子

(住所 Address) 岡山県倉敷市 西中新田 640 番地

(生年月日 Date of birth) Year 1964 年 Month 3 月 Day 15 日

倉敷市長 宛

私（療養を受けた者）、倉敷 花子 と、私の世帯主、倉敷 太郎 は、倉敷市の職員あるいは、倉敷市が委託（再々委託まで含む）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、上記確認に必要な資料として、倉敷市へパスポートを提示するとともに、そのコピーを提供することに同意します。

To: Mayor of Kurashiki City

I (patient who has received treatment) and my head of house hold, authorize the Kurashiki City Office or its staff, and its subcontractors, including sub-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, for the confirmation mentioned above I agree to show Kurashiki City Office my passport and submit a photocopy of my passport.

署名欄 Signature

署名は、治療を受けた被保険者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 Signature) 倉敷 花子

(住所 Address) 岡山県倉敷市西中新田 640 番地

(日付 Date) Year 2021 年 Month 1 月 Day 15 日

(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) []

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.

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. 各月毎、また入院・入院外毎につき、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
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 From / / to / / (days)
入院 自 / / 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。
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 Last(姓) First(名) Title(称号)
Address 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 _____

様式A 邦訳

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. 各月毎、また入院・入院外毎につき、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 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 せ よ)		\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(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
担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	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 _____

様式B 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) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

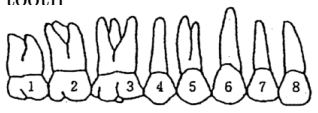


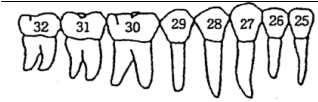
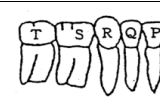
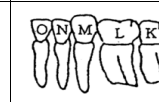
電話

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

- 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、かつ署名してください。
- 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。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient(Last, First) 患者名 _____	Age(Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth		Primary tooth
(Upper) (RIGHT)  (LEFT)		(RIGHT)  (LEFT)
(Lower) (RIGHT)  (LEFT)		 (LEFT)

Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 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 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 Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

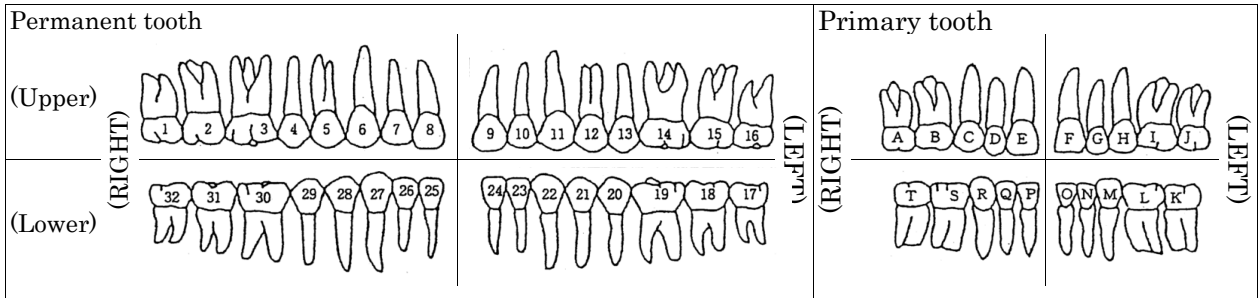
Date(日付) _____

Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C 邦訳



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

Table of International Classification of Diseases
for the use of National Health Insurance

国民健康保険用国際疾病分類表

I Certain infectious and parasitic diseases
感染症及び寄生虫症

- 0101 Intestinal infectious diseases
腸管感染症
- 0102 Tuberculosis
結核
- 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
- 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
- 0105 Viral hepatitis
ウイルス肝炎
- 0106 Other viral diseases
その他のウイルス疾患
- 0107 Mycoses
真菌症
- 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases
感染症及び寄生虫症の続発・後遺症
- 0109 Others
その他の感染症及び寄生虫症

II Neoplasms
新生物

- 0201 Malignant neoplasm of stomach
胃の悪性新生物
- 0202 Malignant neoplasm of colon
結腸の悪性新生物
- 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
- 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts
肝及び肝内胆管の悪性新生物
- 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung
気管、気管支及び肺の悪性新生物
- 0206 Malignant neoplasm of breast
乳房の悪性新生物
- 0207 Malignant neoplasm of uterus
子宮の悪性新生物

- 0208 Malignant lymphoma
悪性リンパ腫
- 0209 Leukemia
白血病
- 0210 Other malignant neoplasms
その他の悪性新生物
- 0211 Others
良性新生物及びその他の新生物

III Diseases of the blood and 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傷害

- 0301 Anemia
貧血
- 0302 Others
その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害

IV Endocrine, nutritional and metabolic disorders
内分泌、栄養及び代謝疾患

- 0401 Disorders of thyroid gland
甲状腺障害
- 0402 Diabetes mellitus
糖尿病
- 0403 Others
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

V Mental and behavioural disorders
精神及び行動の障害

- 0501 Vascular dementia and unspecified dementia
血管性及び詳細不明の痴呆
- 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
- 0503 Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
精神分裂病、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 Others
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
その他の神経系の疾患

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 Others
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 Others
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 disease
その他の心疾患

0904 Subarachnoid haemorrhage
くも膜下出血

0905 Intracerebral haemorrhage
脳内出血

0906 Occlusion of precerebral and cerebral arteries
脳梗塞

0907 Cerebral atherosclerosis
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 Others
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
急性鼻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 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 Others
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 disease
歯肉炎及び歯周疾患

1103 Other diseases of teeth and supporting structures
その他の歯及び歯の支持機構

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 diseases 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 Others
その他の消化器系の疾患

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 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
肩の障害

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Others
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

X IV 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 Abortion
流産

1502 Edema, 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

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 injury and injury to organs
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions
熱湯及び腐食

1904 Poisoning
中毒

1905 Others
その他

Important : No.1503 with asterisk is not covered by the National Health Insurance.

1503番(*印)は国民健康保険は適用されません。