

# 海外療養費について(ご案内)

当組合に加入している方が、海外渡航中に急な病気やけがでやむを得ず現地の医療機関で診療を受けた場合、帰国後、申請により一部治療費の払い戻しを受けることができます。

## 【支給対象とならないもの】

- ・ 治療を目的として海外へ行き、治療を受けた場合(心臓・肺等の臓器の移植)
- ・ 人工授精等の不妊治療、自然分娩
- ・ 美容整形及び歯科矯正等、日本国内でも保険が適用されていない治療
- ・ 交通事故や喧嘩など第三者行為や不法行為に起因する病気やけが等

## 【支給金額の計算方法】

日本国内の医療機関で同様の病気やけがをして国民健康保険で治療を受けた場合の額と、海外で支払った額とを比較し、低い方の額から一部負担金を控除した額が支払われます。

## 【組合へご提出いただく書類】

- 1 療養費支給申請書
  - 2 診療内容明細書(様式AまたはC) 海外で治療を受けた医師が作成したもの
  - 3 診療内容明細書の邦訳(様式AまたはC)
  - 4 領収明細書(様式B) 海外で治療を受けた病院等が作成したもの
  - 5 領収明細書の邦訳(様式B)
  - 6 現地で支払った領収書の原本
  - 7 調査に関わる同意書 申請内容について、海外の医療機関等に照会を行うことについての同意書です
  - 8 渡航履歴の分かるパスポート等の写し
- ※ 2 診療内容明細書 (様式A)…医科・調剤用  
(様式C)…歯科用
- ※ 4 領収明細書 (様式B)…医科・歯科・調剤共通
- ※ 診療内容明細書、領収明細書は、1ヶ月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつそれぞれの医療機関で証明をしていただいでください。
- ※ 3 診療内容明細書の邦訳、及び 5 領収明細書の邦訳には、翻訳者の住所・氏名を記載してください。翻訳者が本人の場合も記載してください。

## 【申請期限】

海外で医療費の支払いをした日の翌日から数えて2年を経過すると、時効により申請ができなくなりますのでご注意ください。

返送用宛名ラベル ↓点線を切り取ってお使いください

〒540-0019

大阪市中央区和泉町1丁目3番8号

大阪府薬剤師会 西館2階

近畿薬剤師国民健康保険組合 行

# 国民健康保険 療養費支給申請書

被保険者証記号番号	薬国	-	-				
療養を受けた被保険者 氏名・生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			療養を受けた被保険者の個人番号（マイナンバー）			
療養種別	<input type="checkbox"/> 一般診療【 <input type="checkbox"/> 医科(入院) <input type="checkbox"/> 医科(入院外) <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 訪問看護】 <input type="checkbox"/> 治療用装具 <input type="checkbox"/> 柔整 <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> 針灸 <input type="checkbox"/> 生血 <input type="checkbox"/> 移送 <input type="checkbox"/> その他						
第三者行為又は 業務上の事故	<input type="checkbox"/> 第三者行為に該当 <input type="checkbox"/> 業務上の事故に該当 <input type="checkbox"/> 非該当						
傷病名				発病負傷 年月日	年 月 日		
診療又は手当を受けた 医療機関の名称・所在地 及び医師又は薬剤師の氏名	名称 所在地 氏名						
療養等の期間 (装具は装着日)	年 月 日 から			療養に要 した費用	円		
				年 月 日 まで			
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>(組合員) 氏名(自署) _____ 電話番号 ( ) _____</p> <p>申請者の個人番号（マイナンバー） <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span></p> <p style="text-align: center;"><b>近畿薬剤師国民健康保険組合理事長 様</b></p>							
振込先欄	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 出張所		
	預金種目	普通・当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義人						

※(事務処理欄)

受付印	保険種別	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族		給付割合	<input type="checkbox"/> 7割 <input type="checkbox"/> 8割		
		<input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 未就学児		資格取得 年月日	令和 年 月 日		
支給決定金額		決 裁	理事	事務長	課長	主担当	副担当
¥ _____			令和 年 月 日決定				

## 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 national health insurance benefit.  
この様式は患者の国民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、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 (男 · 女) \_\_\_\_\_

2. Name of Illness or Injury preferably with Number of International Classification of diseases for the use National Health Insurance (See the other side of this form)  
傷病名及び国民健康保険用国際疾病分類番号 \_\_\_\_\_ (NO. \_\_\_\_\_)

3. Date of First Diagnosis :  D / M / Y  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
初診日 日 / 月 / 年

4. Duration of Treatment : \_\_\_\_\_ days  
診療日数日 \_\_\_\_\_ 日

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 : 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 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

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

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

様式A 診療内容明細書 邦訳

2. 傷病名及び国民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

	翻訳者の記入欄
氏名	
住所	
電話	

**Request to Attending Physician or Superintendent of Hospital / Clinic**  
**担当医又は病院事務局長へのお願い**

1. Please fill in this form so that the patient may claim the national health insurance benefit.  
この様式は患者の国民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 either the attending physician or the superintendent of a hospital / clinic. この様式は担当医又は病院の事務局長が書き、かつ署名して下さい。
3. One form for each month and one form for hospitalization / outpatient (home visit) should be filled out.  
各月毎、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。
4. If not in dollars, please specify the unit used.  
ドル以外の貨幣の場合はその旨を書いてください。

**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	入院管理費	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院費	\$ _____	
(6) Consultation	診察費	\$ _____	
(7) Operation	手術費	\$ _____	
(8) X-ray examination	X線検査費	\$ _____	
(9) Medication	医薬費	\$ _____	
(10) Anesthetics	麻酔費	\$ _____	
(11) Operating room charge	手術室費用	\$ _____	
(12) Others(specify)その他 (項目明記)		\$ _____	\$ _____
(13) Total	合 計	\$ _____	

**Important** : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.  
**注 意** : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Name of Patient

患者名                                          Last 姓                                                              First 名                    

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic

担当医又は病院事務局長の名前及び住所

Name 名前 :                     Last 姓                                                              First 名                                                              Title 称号                    

Address 住所 :                     Home 自宅                                                              Phone 電話                    

                    Office 病院又は診療所                                                              Phone 電話                    

Date 日付 :                                           Signature 署名

様式B 領収明細書 邦訳

(12) その他 (項目明記)

	翻訳者の記入欄
氏名	
住所	
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 national health insurance benefit.  
この様式は患者の国民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、入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

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

Form C  
様式C

Name of Patient 患者名	Date of Birth 生年月日	Sex 性別	Male · Female 男 · 女
Date of First Diagnosis 初診日	Duration of Treatment _____ days 診療日数 日間		
Permanent Tooth 永久歯 R 8 7 6 5 4 3 2 1   1 2 3 4 5 6 7 8 L		Primary Tooth 乳歯 R E D C B A   A B C D E L E D C B A   A B C D E	
Name of Illness 傷病名 · Dental Caries (C) う蝕症    · Missing Tooth (F) 欠損    · Pyorrhea Alveolaris (P) 歯槽膿漏 · The Others その他			
Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	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			
Extirpation 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 \_\_\_\_\_ Title 称号 \_\_\_\_\_

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

Office 病院又は診療所 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

様式C 歯科診療内容明細書 邦訳

Permanent Tooth 永久歯				Primary Tooth 乳歯			
R	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	L	R	E D C B A	A B C D E	L
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	E D C B A	A B C D E		
歯科治療	患歯部位	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							

翻訳者の記入欄	
氏名	
住所	
電話	



## (海外療養費) 調査に関わる同意書

診療開始日 西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者 (被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成・令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

住 所 \_\_\_\_\_

### 近畿薬剤師国民健康保険組合 御中

私 (療養を受けた者)、\_\_\_\_\_と、私の組合員、\_\_\_\_\_は、近畿薬剤師国民健康保険組合 (以下、貴組合) の職員あるいは貴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、パスポートを貴組合に提示することも併せて同意します。

### 署 名 欄

署名は治療を受けた被保険者本人が行って下さい。

なお、本人が未成年の場合は親権者、本人が成年被後見人の場合は成年後見人、本人が死亡している場合は法定相続人が署名してください。

氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

日 付 令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者との関係 本人・親権者・成年後見人・法定相続人・その他[ \_\_\_\_\_ ]

※本同意書の有効期限は署名日から6ヶ月間です。

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

<b>I</b>	<b>Certain infectious and parasitic diseases</b> 感染症及び寄生虫症	<b>III</b>	<b>Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism</b> 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0101	<b>Intestinal infectious diseases</b> 腸管感染症	0301	<b>Anemia</b> 貧血
0102	<b>Tuberculosis</b> 結核	0302	<b>Others</b> その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0103	<b>Infections with a predominantly sexual mode of transmission</b> 主として性的伝播様式をとる感染症	<b>IV</b>	<b>Endocrine, nutritional and metabolic disorders</b> 内分泌、栄養及び代謝疾患
0104	<b>Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions</b> 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	0401	<b>Disorders of thyroid gland</b> 甲状腺障害
0105	<b>Viral hepatitis</b> ウイルス肝炎	0402	<b>Diabetes mellitus</b> 糖尿病
0106	<b>Other viral diseases</b> その他のウイルス疾患	0403	<b>Others</b> その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	<b>Mycoses</b> 真菌症	<b>V</b>	<b>Mental and behavioural disorders</b> 精神及び行動の障害
0108	<b>Sequelae of infectious and parasitic diseases</b> 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0501	<b>Vascular dementia and unspecified dementia</b> 血管性及び詳細不明の痴呆
0109	<b>Others</b> その他の感染症及び寄生虫症	0502	<b>Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use</b> 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
<b>II</b>	<b>Neoplasms</b> 新生物	0503	<b>Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders</b> 精神分裂病、分裂病型障害及び妄想性障害
0201	<b>Malignant neoplasm of stomach</b> 胃の悪性新生物	0504	<b>Mood [affective] disorders</b> 気分[感情]障害 (躁うつ病を含む)
0202	<b>Malignant neoplasm of colon</b> 結腸の悪性新生物	0505	<b>Neurotic, stress-related and somatoform disorders</b> 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0203	<b>Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum</b> 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0506	<b>Mental retardation</b> 精神遅滞
0204	<b>Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts</b> 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0507	<b>Others</b> その他の精神及び行動の障害
0205	<b>Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung</b> 気管、気管支及び肺の悪性新生物	<b>VI</b>	<b>Diseases of the nervous system</b> 神経系の疾患
0206	<b>Malignant neoplasm of breast</b> 乳房の悪性新生物	0601	<b>Parkinson's disease</b> パーキンソン病
0207	<b>Malignant neoplasm of uterus</b> 子宮の悪性新生物	0602	<b>Alzheimer's disease</b> アルツハイマー病
0208	<b>Malignant lymphoma</b> 悪性リンパ腫	0603	<b>Epilepsy</b> てんかん
0209	<b>Leukemia</b> 白血病	0604	<b>Cerebral palsy and other paralytic syndromes</b> 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0210	<b>Other malignant neoplasms</b> その他の悪性新生物	0605	<b>Disorders of autonomic nervous system</b> 自律神経系の障害
0211	<b>Others</b> 良性新生物及びその他の新生物	0606	<b>Others</b> その他の神経系の疾患

<b>VII</b>	<b>Diseases of the eye and adnexa</b> 眼及び付属器の疾患	<b>0912</b>	<b>Others</b> その他の循環器系の疾患
<b>0701</b>	<b>Conjunctivitis</b> 結膜炎	<b>X</b>	<b>Diseases of the respiratory system</b> 呼吸器系の疾患
<b>0702</b>	<b>Cataract</b> 白内障	<b>1001</b>	<b>Acute nasopharyngitis [common cold]</b> 急性鼻咽頭炎 [かぜ]
<b>0703</b>	<b>Disorders of refraction and accommodation</b> 屈折及び調節の障害	<b>1002</b>	<b>Acute pharyngitis and tonsillitis</b> 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
<b>0704</b>	<b>Others</b> その他の眼及び付属器の疾患	<b>1003</b>	<b>Other acute upper respiratory infections</b> その他の急性上気道感染症
<b>VIII</b>	<b>Diseases of the ear and mastoid process</b> 耳及び乳様突起の疾患	<b>1004</b>	<b>Pneumonia</b> 肺炎
<b>0801</b>	<b>Otitis externa</b> 外耳炎	<b>1005</b>	<b>Acute bronchitis and bronchiolitis</b> 急性気管支炎及び急性細気管支炎
<b>0802</b>	<b>Other disorders of external ear</b> その他の外耳疾患	<b>1006</b>	<b>Allergic rhinitis</b> アレルギー性鼻炎
<b>0803</b>	<b>Otitis media</b> 中耳炎	<b>1007</b>	<b>Chronic sinusitis</b> 慢性副鼻腔炎
<b>0804</b>	<b>Other diseases of middle ear and mastoid</b> その他の中耳及び乳様突起の疾患	<b>1008</b>	<b>Bronchitis, not specified as acute or chronic</b> 急性又は慢性と明示されない気管支炎
<b>0805</b>	<b>Disorders of vestibular function</b> メニエール病	<b>1009</b>	<b>Chronic obstructive pulmonary diseases</b> 慢性閉塞性肺疾患
<b>0806</b>	<b>Other diseases of inner ear</b> その他の内耳疾患	<b>1010</b>	<b>Asthma</b> 喘息
<b>0807</b>	<b>Others</b> その他の耳疾患	<b>1011</b>	<b>Others</b> その他の呼吸器系の疾患
<b>IX</b>	<b>Diseases of the circulatory system</b> 循環器系の疾患	<b>X I</b>	<b>Diseases of the digestive system</b> 消化器系の疾患
<b>0901</b>	<b>Hypertensive diseases</b> 高血圧性疾患	<b>1101</b>	<b>Dental caries</b> う蝕
<b>0902</b>	<b>Ischaemic heart diseases</b> 虚血性心疾患	<b>1102</b>	<b>Gingivitis and periodontal disease</b> 歯肉炎及び歯周疾患
<b>0903</b>	<b>Other forms of heart disease</b> その他の心疾患	<b>1103</b>	<b>Other diseases of teeth and supporting structures</b> その他の歯及び歯の支持機構
<b>0904</b>	<b>Subarachnoid haemorrhage</b> くも膜下出血	<b>1104</b>	<b>Gastric and duodenal ulcer</b> 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
<b>0905</b>	<b>Intracerebral haemorrhage</b> 脳内出血	<b>1105</b>	<b>Gastritis and duodenitis</b> 胃炎及び十二指腸炎
<b>0906</b>	<b>Occlusion of precerebral and cerebral arteries</b> 脳梗塞	<b>1106</b>	<b>Alcoholic liver disease</b> アルコール性肝疾患
<b>0907</b>	<b>Cerebral atherosclerosis</b> 脳動脈硬化 (症)	<b>1107</b>	<b>Chronic hepatitis, not elsewhere classified</b> 慢性肝炎 (アルコール性のものを除く)
<b>0908</b>	<b>Other cerebrovascular diseases</b> その他の脳血管疾患	<b>1108</b>	<b>Liver cirrhosis</b> 肝硬変 (アルコール性のものを除く)
<b>0909</b>	<b>Atherosclerosis</b> 動脈硬化 (症)	<b>1109</b>	<b>Other diseases of liver</b> その他の肝疾患
<b>0910</b>	<b>Hemorrhoids</b> 痔核	<b>1110</b>	<b>Cholelithiasis and cholecystitis</b> 胆石症及び胆のう炎
<b>0911</b>	<b>Hypotension</b> 低血圧症	<b>1111</b>	<b>Diseases of pancreas</b> 膵疾患
		<b>1112</b>	<b>Others</b> 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**  
尿路生殖器系の疾患

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

**X V 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

**X VI 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

**X VII 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

**X VIII 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

**X IX 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**  
熱傷及び腐食

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。