健康保険　被保険者 / 家族　療養費支給申請書（第　　回目）（立替払等、治療用装具、生血）

被保険者が記入するところ

㋐ 被保険者証の 記号	―	番号	㋑ 被保険者の生年月日
			昭和 / 平成　年　月　日

㋒ 被保険者(申請者)の氏名	(フリガナ)	㋓ 事業所の	名称	
			所在地	

㋔ 被保険者(申請者)の住所	〒 都道府県 電話　（　）

療養が被扶養者に関するときはその方の	㋕ 被扶養者の氏名	㋖ 被扶養者の生年月日	㋗ 被保険者との続柄
		昭和 / 平成 / 令和　年　月　日	

㋘ 傷病名	㋙ 発病または負傷年月日(療養開始日)
	年　月　日

㋚ 発病（負傷の場合は、裏面㋛記入してください）の原因および経過	㋜ 第三者の行為によるものですか
	□ はい　□ いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を出してください。

診療を受けた病院等の	㋝ 名称	㋞ 所在地	㋟ 診療した医師の氏名

㋠ 診療の期間（支給期間）		㋡ 入院・入院外の別	㋢ 入院の場合、左記の入院期間		㋣ 診療に要した費用の額
自　年　月　日	日数	1：入院外 2：入院	自　年　月　日	日数	円
至　年　月　日	日		至　年　月　日	日	

㋤ 診療の内容	㋥ 診療の給付を受けることができなかった理由

㋦ 委任状

療養費の受領を　　㊞　に委任します。

令和　　年　　月　　日

被保険者（請求者）氏名　　㊞

公金受取口座	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑、しない場合は下記の欄を記入。）					
㋧ 退職者用振込先	銀行名	銀行・農協 / 金庫・信組　本店 / 支店	種別	普通 / 当座	通帳番号	
	口座名義	(フリガナ)				

個人番号記載欄

※保険証の記号番号を記入した場合は不要

令和　　年　　月　　日　提出

千葉県機械金属健康保険組合

受付日印	支払日印

負傷原因記入欄　初回申請時のみ記入してください。

㋒　負傷の原因について記入してください（該当する☐にチェック☑してください。）

被保険者が記入するところ

［負傷日時・場所等］

1．いつケガ（負傷）をしましたか。

令和　　年　　月　　日（　　曜日）

☐午前／☐午後　　時　　分頃

2．ケガ（負傷）をした日は次のうちどの日でしたか。

☐出勤日　☐休日（定休日・休暇含む）

☐その他（　　　　　　　　　　　）

3．ケガ（負傷）をした時は次のうちどの時間帯でしたか。

☐勤務時間中

☐通勤途中（☐出勤／☐退勤）

☐出張中

☐私用

☐その他（　　　　　　　　　　　）

4．ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか。

☐会社内　☐道路上　☐自宅　☐学校

☐その他（　　　　　　　　　　　）

5．ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。

☐交通事故　☐暴力（ケンカ）

☐スポーツ中

（☐職場の行事／☐職場の行事以外／☐部活クラブ活動中）

☐動物による負傷（飼い主 ☐有／☐無）

☐あてはまらない

6．ケガをした場所が学校の場合、スポーツ保険に該当していますか。

☐はい　☐いいえ

7．「上記５」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。

相手　☐有→ ｛☐あなたは被害者／☐あなたは加害者｝

☐無

※相手のいる負傷の場合は、「第三者行為による傷病届」が必要となります。

［受診した医療機関］

8．診療を受けた医療機関名とその期間等

医療機関名

令和　　年　　月 〜 令和　　年　　月

☐治癒／☐治療中

医療機関名

令和　　年　　月 〜 令和　　年　　月

☐治癒／☐治療中

9．負傷したときの状況（原因）を具体的に記入してください。

10. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合、労災保険に特別加入していますか。

☐加入有／☐加入無

【記入上の注意】

1．申請書の「被保険者」「家族」の文字はいずれか該当する方を◯で囲んでください。

2．記入した字句を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容とウの方の氏名（サイン）を記入してください。

3．サおよびシ欄で傷病の原因が「第三者の行為によるものである場合は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

4．サおよびシ欄で傷病の原因が「第三者の行為以外による外傷性である場合」は、ネ欄「負傷原因について」を記入してください。

5．ニ欄の給付金受領代理人印は、届出印を使用してください。

6．退職後に申請する方で、受領委任を希望されない方は、ヌ欄を記入してください。

7．輸血およびコルセット等治療用装具に関する申請の場合は、医師が「治療のため必要と認める旨の証明書」と領収書(原本)を添付してください。

8．証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳文を添付してください。翻訳文には、翻訳者が署名し、住所および電話番号を明記してください。

海外療養費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 the patient）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Address）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Date of birth）Year＿＿＿＿＿Month＿＿＿Day＿＿＿

千葉県機械金属健康保険組合 宛

私（療養を受けた者）、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、千葉県機械金属健康保険組合の職員又は、千葉県機械金属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、パスポートを千葉県機械金属健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To: Chiba industrial technology health insurance society

I (patient who has received treatment) authorize Chiba industrial technology 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・押印欄

Signature

署名・押印は、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、押印して下さい。

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〔　　〕

（Signature）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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

（Date）Year＿＿＿＿＿Month＿＿＿＿Day＿＿＿＿

(Relation to the insured)：Self ・ Guardian ・ Heir ・ 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入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.

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
   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 for each hospitalization / outpatient visit (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。

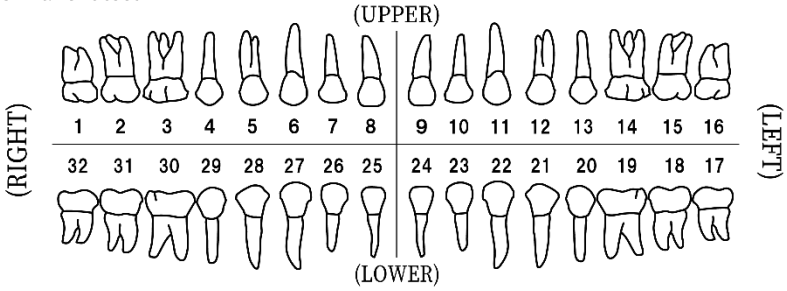
Form C
様式 C

Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書

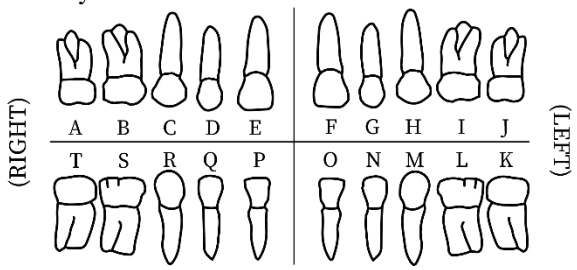
Name of Patient (Last, First) 患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	Date of Birth (D / M / Y) 生年月日＿＿＿＿. ＿＿＿＿. ＿＿＿＿	Sex Male ・ Female 性別
Date of Initial Visit (D /M / Y) 初診日＿＿＿＿. ＿＿＿＿. ＿＿＿＿	No. Days of Visit/Treatment 診療日数 ＿＿＿＿ days	Medical Record Number 診療録番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

*Please circle the treated tooth 治療した歯に○をつけてください

Permanent teeth



Primary teeth



TYPE OF TREATMENT 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Tooth No. and Surface 患歯部位	Date D	 M	 Y	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					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー *Material 素材( )					
Metal Crown 金属冠 *Material 素材( )					
Post Crown 継続歯 *Material 素材( )					
Jacket Crown ジャケット冠 *Material 素材( )					
Bridgework ブリッジ *Material 素材( )					
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					
Medication 投薬					
Other その他					
				Total 合計	

ATTENDING DENTIST INFORMATION 担当歯科医情報欄

Medical Institution Name:(医療機関名)

Address:(住所)

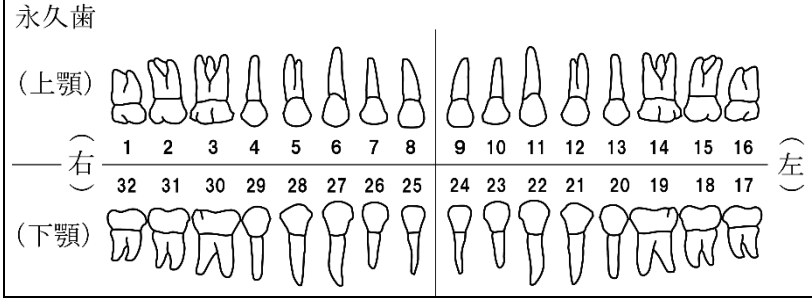
Name of Dentist:(担当歯科医) Title:(称号)

Signature:(署名) Phone:(電話)

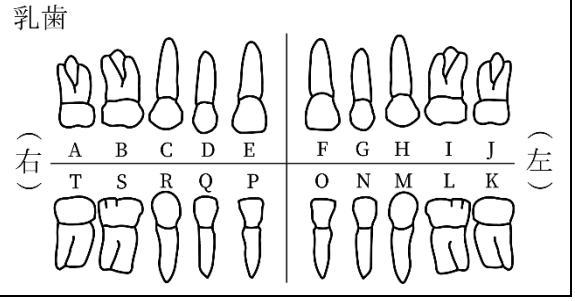
Date Completed:(作成年月日) . .

様式Ｃ　　邦訳

永久歯



乳歯



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		日	月	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充塡					
インレー　　素材（　　）					
金属冠　　素材（　　）					
継続歯　　素材（　　）					
ジャケット冠　　素材（　　）					
ブリッジ　　素材（　　）					
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

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

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
   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 for each hospitalization / outpatient visit (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 A
様式 A

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

1. Name of Patient (Last, First)
   患者名_____
   Date of Birth (D / M / Y)
   生年月日 ____ . ____ . ____

   Sex
   性別 Male ・ Female

   Medical Record Number 診療録番号
   _____

2. Name of Illness or Injury, Preferably with the International Classification of Diseases Number For Health Insurance Purposes. (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 Initial Visit (D / M / Y)
   初診日 ____ . ____ . ____

4. No. Days of Visit/Treatment
   診療日数 _____ days

5. Type of Treatment
   治療の分類 (D / M / Y)
   ☐Hospitalization From / / to / / (days)
   入院 自 / / 至 / / (日間)

   ☐Outpatient or Home Visit / / . / /
   入院外 / / . / /

6. Nature of Illness or Injury (in brief)
   病状の概要

7. Prescription, Operation and Any Other Treatments (in brief)
   処方、手術その他の処置の概要

8. Was treatment required as a result of accidental injury? ☐Yes ☐No
   治療は事故の傷害によるものですか？

9. Breakdown of Medical Expenses Paid to Hospital and / or Attending Physician : Please fill out 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

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name:(医療機関名)

Address:(住所)

Name of Physician:(担当医名) Title:(称号)

Signature:(署名) Phone:(電話)

Date Completed:(作成年月日) . .

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. 病状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名　　㊞

電話

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN (HEALTHCARE PROVIDER)

医師(療養担当者)記入用

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill out this form so that the patient may claim health insurance benefits.
   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 for each hospitalization / outpatient visit (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 B
様式 B

Itemized Receipt
領 収 明 細 書

1. Initial Office Visit	初　診　料	
2. Follow-Up Office Visit	再　診　料	
3. Home Visit	往　診　料	
4. Hospitalization	入　院　費	
5. Consultation	診　察　費	
6. Operation	手　術　費	
7. Nursing Fee	職業看護師費	
8. X-Ray Examination	X 線検査費	
9. Tests Performed　*検査内容を記入 *Please provide details below	諸　検　査　費	
10. Medications　*薬品名・投与量を記入 *Please provide the name and dosage for each medication	医　薬　費	
11. Treatments/Procedures	処　置　費	
12. Surgical Dressings	包　帯　費	
13. Anesthetics	麻　酔　費	
14. Operating Room Charge	手術室費用	
15. Other (Please specify)	その他（特記せよ）	
16. Total	合　計	

Currency Unit
通貨単位

IMPORTANT：Exclude any irrelevant costs to the treatment, i.e., payment for private/deluxe room.
注意：　特別室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

ATTENDING PHYSICIAN INFORMATION 担当医情報欄

Medical Institution Name:（医療機関名）

Address:(住所)

Name of Physician:(担当医名)　　Title:(称号)

Signature:(署名)　　Phone:(電話)

Date Completed:（作成年月日）　　.　　.

様式 B　　邦訳

9. 諸検査費の内訳（諸検査の内容）

10. 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

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
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ィルス疾患

0105 Viral hepatitis
ウィルス肝炎

0106 Other viral diseases
その他のウィルス疾患

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 Other infectious and parasitic diseases
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 Leukaemia
白血病

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

0211 Other benign neoplasms and other neoplasms
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 Anaemias
貧血

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傷害

IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases
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 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism
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
統合失調症、統合失調症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
知的障害(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 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 extarnal 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 Occulusion 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 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
頚腕症候群

1306 Low back pain and sciatica
腰痛症及び挫骨神経痛

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、分娩及び産じょく

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 damage and internal organ damage
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
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social Insurance.
1503番 (※印)は健康保険は適用されません。