|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | |  | | （その１）～（その５）を一緒に提出して下さい | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | | |  | | | （その１） |
|  | |
|  | |
|  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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」を添付して下さい。  　　この申請書には診療内容明細書と、「領収書」を添付して下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  被保険者  被扶養者 | | 名　称 | | | 電話 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 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  を受けた期間 | 入院期間  ｺﾙｾｯﾄ装着日 | | | | | | | | | | | | | | | | 自　　　　年　　　月　　　日  至　　　　年　　　月　　　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 | | |
| 診療又は手当が  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  ことのできなか  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 | | 昭  平  令 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | 被保険者  との続柄 |  | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者の  三菱地所健康保険組合理事長　殿 | | | | | | 住所  氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |

（その２）

**領 収 （ 診 療 ） 明 細 書**

（　　月　　日から　　月　　日までの分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者名  3. 2. 1. | | |  | 職務上の事由 | 職務上・下船後  ３月以内・通勤災害 | | | | | | 傷病名 |  | （注意事項）  　　　すでに領収書を発行しているときは、「領収」の字句を消して、「診療明細書」として下さい。  　　　歯科診療の場合は、別に領収（診療）明細書を作成してください。  　　　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、「治療のため必要と認める旨の証明書」を  　　　交付してください。この場合、左の領収（診療）明細書の記入は必要ありません。 |
| 初診 | 時間外  休　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円  深　夜 | | | | | | | 注 射 | | 皮下筋肉内・静脈内　　　　　　　回  その他　　　　　　　　　　　　　回 | | |
| 再診 | 再　診  時間外  休　日  深　夜 | | | | | | | 検　査 | | 回  　　　　　　　　　　　　　回  　　　　　　　　　　　　　回  薬　剤　　　　　　　　　　回 | | |
| 往診 | 普通　　　　　　　　　　　　　　　　回  夜間　　　　　　　　　　　　　　　　回  深夜・暴風雨雪・難路　　　　　　　　回 | | | | | | | レント | | 回  　　　　　　　　　回  　　　　　　　　　回 | | |
| 指導 |  | | | | | | | 処置及び手術 | | 回  　　　　　　　　　回  　　　　　　　　　回  　　　　　　　　　回  薬　剤　　　　　　回 | | |
| 投薬 | 内　服　　　　　　　　　　　　　　単位  屯　服　　　　　　　　　　　　　　単位  外　用　　　　　　　　　　　　　　単位  調　剤　　　　　　　　　　　　　　単位  調　基　　　　　　　　　　　　　　　回 | | | | | | |
| 入院 | １月未満　　　　　　　日間（　　　日～　　　日）  １月～３月未満　　　　日間（　　　日～　　　日）  ３月以上　　　　　　　日間（　　　日～　　　日）  給食の有無 | | | | | | | その他 | | 回 | | |
| 合計 | |  | | |
| 上記のとおり領収（診療）いたしました。  　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 医　　師 | | | | | | 住所 | | | 〒 | | | |
| 氏名 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　　　療養費のうち  被保険者  被扶養者  　　金　　　　　　　　　円也の受領に間すること。  　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 被保険者の | | | | | 〒 | | | | | |
| 住所 | | | | | |
| 氏名 | | | | | |
| 代理人の | | | | | 〒 | | | | | |
| 住所 | | | | | |
| 氏名 | | | | | |

（その３）

|  |  |
| --- | --- |
| Form A  outpatient and  home visit  様式 A | 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。   1. This form should be completed and signed by the attending physician   　　　この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。  ３．One form for each month, one form for hospitalization /  　　　各月毎、入院・入院外毎に付この様式が１枚必要です。 |

**Attending Physician’s Statement**

**診療内容明細書**

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）

1. 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彰用国際疾病分類番号（裏面参照）

３．Date of First Diagnosis :　　　　　　　　, 20

　　　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 , 20 to 20 ( days)

　　　入　　　院　　　　　　自　　　　　　　　　　　　　　　至　　　　　　　　　　　　　 ( 日間)

　□ Out patient or Home Visit : , 20 , 20

入　院　外　　　　　　　 , 20 , 20

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

(その４)

ATTENDING DENTIST'S STATEMENT

歯科診療内容明細書

Name of Patient　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Date of Birth　　　　　　　　　　　　　Sex　□M　□F

　　　患者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　　　　　　　　性別　男　女

Initial Office Visit　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Days of Services　　　　　　　　　days

　　　初診日　　　　　　　　　　　　　.20　　　　　　　　　　　　　　診療日数

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tooth Number　歯式 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R. | Permanent Tooth　永久歯 | | | | | | | | | | | | 治療した歯に〇をつけて下さい | | | | | | Milky Tooth　乳歯 | | | | | | | | | | |
| #1 | #2 | #3 | #4 | #5 | #6 | #7 | #8 | #9 | #10 | #11 | #12 | #13 | #14 | #15 | #16 | L. | R. | #A | #B | #C | #D | #E | #F | #G | #H | #I | #J | 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 |
| 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 |
| #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 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Services | | | Tooth No.　　　Fee | | Services  　　診療内容 | | Tooth No.  歯式 | Fee  料金 |
| 診療内容 | | | 歯式 | 料金 |
| 1．Examination  　　　診察 | | |  |  | 8．Filling Amal.　　　1serf. | |  |  |
| 充填　アマル　　　2serf. | |  |  |
| 2．X-ray | Bite-wings　　× | |  |  | ガム　　　　3serf. | |  |  |
| レントゲン 診断 | 咬翼型 | | | | Comp.　　　 1serf. | |  |  |
| 複合　　　　2serf. | |  |  |
| Periapical　　×  標準型 | |  |  | レジン　　　3serf. | |  |  |
| 面 | | | |
| 9．Inlay / Onlay | | | |
| Panoramic　　 × | |  |  | インレー・アンレー | |  |  |
| パノラマ | |  |  | Material　材料 | | | |
| 3．Medication | | | | | |  | | | |
| 投薬　　　□Gargle　　□Antibiotic　　□Antalgic | | | | | | 10．Amal. / Comp. Build-up | |  |  |
| うがい薬　　　抗生剤　　　　鎮痛剤 | | | | | | アマルガム・複合レジンによる支台築造 | | | |
| Other(specify) | | | |  |  | Post Core | |  |  |
| その他(内容を明記) | | | | | | メタルコア | | | |
| 4．Prophylaxies/Scaling | | | |  |  | 11．Crown | | | |
| 歯垢　←歯石除去 | | | |  |  | 冠　　　　　Material　材料 | | | |
| Fluoride  　フッ化物塗布 | | | |  |  |  | |  |  |
| 5．Extraction  　　　抜歯 | | | |  |  |  | |  |  |
| 6．Periodontal Scaling / Root planing | | | | | | 12．Bridge Work　　　　Abut | |  |  |
| 歯肉下歯右除去・根面平滑化 | | | |  |  | ブリッジ　　　　　 支台歯 | | | |
| Gingival Curettage | | | |  |  | Material　材料 | |  |  |
| 歯肉掻爬 | | | | | |  | | | |
|  | | | |  |  |  | | | |
| 7．Pulp Cap | | | |  |  | Pontic | |  |  |
| 歯髄覆罩 | | | |  |  | ダミー | |  |  |
| Pulpotomy | | | |  |  |  | | | |
| 歯髄切断・抜髄 | | | |  |  | 13．Plate Denture | |  |  |
|  | | | |  |  | 有床義歯 | | | |
| Root Canal Therapy | | | |  |  | Material　　材料 | | | |
| 根管治療 | | | | | | 14．Other(specify) | | | |
| 1Canal | | |  | |  | その他 | |  |  |
| 2Canal | | |  | |  | (材料・内容を明記) | | | |
| 3Canal  根管 | | |  | |  |
|  | | | | | | | Total Fee  　　合計 | | |

Name and Address of Dentist / Office

歯科医師の氏名及び住所又は歯科医師の名称及び所在地

Date　　　　　　　　　　　　Dentist Signature

　日付　　　　　　　　　　　歯科医師の署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(JK20070101)

（その５）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | $ |  |
| (11) | Medicines | | 医薬費 | $ |  |
| (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 | $ |  |

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for 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

|  |  |
| --- | --- |
| **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   1. 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   1. 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   1. 骨折　Fracture 2. 頭蓋内損傷及び内臓の損傷   Intracranial damage and internal organ damage   1. 熱傷及び腐食　Burns and corrosions 2. 中毒　Poisoning 3. 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 insurance. |