

## 健康保険海外療養費支給申請添付書類様式

- \* 海外療養費は治療目的のために海外へ行き診療(診察)を受けた場合は支給の対象とはなりません。
- \* 海外療養費は実際にかかった費用が償還されるわけではなく、国内の保険医療機関以外の医療機関(季節診療所等)で治療を受けた場合と同様に「健康保険法の規定による療養に要する費用の算定方法」により算出されます。したがって国内における保険診療の範囲内〔支払った費用がこれを下回った場合は、実際にかかった費用〕により支払われます。
- \* 例えば \$ 1,000- の費用負担があっても国内法に照らして5,000円であればそれが支払額の算定基準となります。
- \* 海外旅行保険等、個人で保険に加入されることをお勧めいたします。

東京都医業健康保険組合

健 保 記 入 欄	資格取得	年	月	日	支払年月日	年	月	日
	資格喪失	年	月	日				
	備考							

被保険者  
家族

# 海外療養費支給申請書

注1 被保険者が記入する欄の発病又は(負傷の原因)につき詳しくご記入願います。  
2 後期高齢者(後期高齢者(広域連合))に該当される方には当組合においての療養費の支給はありません。  
(1・5改)

被 保 險 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号と番号	第	号	事業所 の名称					
	被保険者の 氏名と印	Ⓜ			被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者の 住 所	〒 ( )							
	被扶養者が 受診した場合	氏名	被保険 者との 続 柄	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	ⓧ ⓧ の医療証をお持ちですか		はい ・ いいえ						
	傷 病 名				発病又は 負傷の 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	発病又は負傷 の原因および その経過				第三者の行為によるものですか? はい ・ いいえ				
	診療を受けた 病院等の	名 称				診療した医師氏名			
		所在地							
	診療の期間	平・令	年	月	日から	日間	入院・外来の別	入 院 ・ 外 来	
	診療を受けた 国及び地域				診療に要した 費用の額				
通 貨									
振 込 先 名 称	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	預金 種類	普通 当座	支店番号	口 座 番 号		
	預金者氏名 (カタカナ)				別 段				

※振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外を受領を希望する場合は委任状に記入捺印願います。

委 任 状	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				住所			
	被保険者の 氏 名				代理人 氏 名			

令和 年 月 日 提出

受付日付印

被保険者証の記号番号を記入の場合省略できます。  
被保険者のマイナンバー

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※記入の際には別途添付書類が必要となります。  
給付課までお問い合わせ願います。

東京都  
医業健康  
保険組合

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 \_\_\_\_\_
  
- \* 受診者名  
    (受診者名) \_\_\_\_\_  
        ┆  
    (住所) \_\_\_\_\_  
  
    (生年月日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
  
- \* Patient  
    (Name of patient) \_\_\_\_\_  
        ┆  
    (Address) \_\_\_\_\_  
  
    (Date of birth) Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_

東京都医業健康保険組合 御中

私(療養を受けた者)、 \_\_\_\_\_ は、東京都医業健康保険組合の職員又は東京都医業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ため、パスポートのコピーを東京都医業健康保険組合に提示することも併せて同意します。

To:Tokyo Capital Medical practice health insurance association

I (patient who has received treatment) authorize Tokyo Capital Medical Practice health insurance association 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、治療を受けた本人が行ってください。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、押印してください。

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

(受診者との関係) : 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ヶ月間です。

(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いただくことがあります。

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.

- \* 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。
- \* This form should be completed and signed by the attending physician or superintendent of a hospital / clinic.  
この様式は担当医または病院の事務長が記入し、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. 毎月毎・入院・入以外毎に付き、この様式1枚が必要です。

**Attending Physician's Statement**

診療内容明細書(医科)

- (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 Disease 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(別添参照)  
\_\_\_\_\_ (No. \_\_\_\_\_)
- (3) Date of First Diagnosis ; \_\_\_\_\_ 診療(初診)開始日
- (4) Days of Diagnosis and Treatment ; \_\_\_\_\_ days 診療日数
- (5) The origin of the Disease or Injury 発病又は負傷の原因  
\_\_\_\_\_
- (6) 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 \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_
- (7) Nature and Condition of Illness or Injury 傷病の状態経過  
\_\_\_\_\_
- (8) Prescription, operation and any other treatments 処方、手術その他の処置概要  
\_\_\_\_\_
- (9) 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
- (10) Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending physician : Fill in Form B  
治療実費 様式Bに記入してください
- (11) 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 : Office 医療機関

Phone

Date 日付

Signature 署名

Attending Physician or superintendent of a hospital 医師・事務長

■ 邦 訳 (A)

② 傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号

③ 発病または負傷の原因

⑥ 傷病の状態経過

⑦ 処方、手術その他の処置概要

邦 訳 者 記 入 欄	
氏 名	Ⓜ
住 所	Tel ( )

## 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ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Phy: /Superintendend of a 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

Address 住所 : Office 医療機関 Phone

Date 日付 Signature 署名

■ 邦 訳 (B)

(15) その他 (項目明記)

邦 訳 者 記 入 欄	
氏 名	<input type="text"/>
住 所	TEL (            )



\* 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。

\* 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. 毎月毎・入院・入以外毎に付き、この様式1枚が必要です。

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

Name of Patient(Last,First) \_\_\_\_\_

患者名

Age(Date of Birth) \_\_\_\_\_

年齢(生年月日)

Sex(Male,Female) \_\_\_\_\_

性別(男・女)

Date of First Diagnosis ; 初診日 \_\_\_\_\_

Days of Diagnosis and Treatment ; 診療日数 \_\_\_\_\_ days

\* Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form D  
治療実費 様式Dに記入してください

\* 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ないものは除いてください。

#### Tooth Number 歯式

Permanent Tooth

Milky Tooth

U	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
	1 2 3 4 5 6 7 8		9 10 11 12 13 14 15 16			F G H I J		
L	32 31 30 29 28 27 26 25		24 23 21 22 20 19 18 17	R	L	T S R Q P		O N M L K
	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

1. Name of Illness (傷病名)			
1. Dental Caries う触症	2. Missing Teeth 欠損	3. Periodontal Diseases 歯周病	4. The Others その他
_____	_____	_____	_____
2. Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Material 材料	Amount 治療費
* Initial Office Visit 初診料			
* X-Ray Examination X-P検査			
* Dental Pulp Extirpation 抜髄			
* Extraction 抜歯			
* Root Canal Treatment 根管治療			
* Root Canal Filling 根管充填			
* 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			
* Abutment 支台			
* Plate Denture 有床義歯 Partial Denture 局部義歯 Full Denture 総義歯			
* Treatment of 歯周病処置 Periodontal Diseases			
* Medicine 投薬			
* Anesthesia 麻酔			
* The Others その他			
Total Amount			

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 : Office 医療機関 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Date 日付 \_\_\_\_\_ Signature 署名 \_\_\_\_\_

Attending Dentist 医師

■邦 訳 (D)

受診者氏名 \_\_\_\_\_ 年齢( ) (性別) 男・女

初 診 日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

診 療 日 数 \_\_\_\_\_ 日

治 療 費 \$ \_\_\_\_\_

担当医の名前および住所

名 前 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

(病院又は診療所)

邦 訳 者 記 入 欄	
氏 名	_____ (印)
住 所	TEL ( )

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 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性疾患
- 0105 Viral hepatitis  
ウイルス性肝炎
- 0106 other viral diseases  
その他のウイルス性疾患
- 0107 Mycoses  
真菌症
- 0108 Sequelae of infectious and parasitic diseases  
感染症及び寄生虫の続発・後遺症
- 0109 Other infectious and parasitic diseases  
その他の感染症及び寄生虫症

II 新生物<腫瘍> Neoplasms

- 0201 Malignant neoplasm of stomach  
胃の悪性新生物<腫瘍>
- 0202 Malignant neoplasm of colon  
結腸の悪性新生物<腫瘍>
- 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<腫瘍>
- 0204 Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts  
肝炎及び肝内胆管の悪性新生物<腫瘍>
- 0205 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung  
気管、気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>
- 0206 Malignant neoplasm of breast  
乳房の悪性新生物<腫瘍>
- 0207 Malignant neoplasm of uterus  
子宮の悪性新生物<腫瘍>
- 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<腫瘍>
- 0211 Other benign neoplasms and other neoplasms  
良性新生物<腫瘍>及びその他の新生物<腫瘍>

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 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障害

IV 内分泌、栄養及び代謝疾患

Endocrine, nutritional and metabolic diseases

- 0401 Disorders of thyroid gland  
甲状腺障害
- 0402 Diabetes mellitus  
糖尿病
- 0403 脂質異常症  
Hyperlipidaemia (unspecified)
- 0404 Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism  
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患

V 精神及び行動の障害

Mental and behavioural disorders

- 0501 Vascular dementia and Unspecified dementia  
血管性及び詳細不明の痴呆症
- 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、失調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 神経系の疾患

Diseases of the nervous system

- 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性症候群
- 0605 Disorders of autonomic nervous system  
自律神経系の障害
- 0606 Other Diseases of the nervous system  
その他の神経系の疾患

## VII 眼及び付属器の疾患

### Diseases of the eye and adnexa

- 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 diseases of the eye and adnexa  
その他の眼及び付属器の疾患

## VIII 耳及び乳様突起の疾患

### Diseases of the ear and mastoid process

- 0801 Otitis externa  
外耳炎
- 0802 Others disorders of external ear  
その他の外耳疾患
- 0803 Otitis media  
中耳炎
- 0804 Other diseases 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 diseases of ear  
その他の耳疾患

## IX 循環器系の疾患

### Diseases of the circulatory system

- 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 hemorrhage  
くも膜下出血
- 0905 Intracerebral hemorrhage  
脳内出血
- 0906 Occlusion of pericerebral 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)
- 0911 Hypotension  
低血圧
- 0912 Other disorders of circulatory system  
その他の循環器系の疾患

## X 呼吸器系の疾患

### Diseases of the respiratory system

- 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 消化器系の疾患

### Diseases of the digestive system

- 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 Haemorrhoids  
痔核
- 1107 Alcoholic liver disease  
アルコール性肝疾患
- 1108 Chronic hepatitis, not elsewhere classified  
慢性肝炎[アルコール性のものを除く]
- 1109 Liver cirrhosis not elsewhere classified  
肝硬変[アルコール性のものを除く]
- 1110 Other disorders of liver  
その他の肝疾患
- 1111 Cholelithiasis and cholecystitis  
胆石症及び胆の炎
- 1112 Diseases of pancreas  
膵疾患
- 1113 Other diseases of digestive system  
その他の消化器系の疾患

## X II 皮膚及び皮下組織の疾患

### Diseases of the skin and subcutaneous tissue

- 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 Diseases of the skin and subcutaneous tissue  
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

### X III 筋骨格系及び結合組織の疾患

Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

- 1301 Inflammatory polyarthropathies  
炎症性多発性間接障害
- 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  
腰痛症及び坐骨神経症
- 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 Other diseases skeletal muscles and connective tissue  
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

### X IV 尿路性器系の疾患

Diseases of the genitourinary system

- 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

### X V 妊娠、出産及び産褥

Pregnancy, childbirth and the puerperium

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  
単胎自然出産

1504 Others Pregnancy, childbirth and the puerperium  
その他の妊娠、出産及び産褥

### X VI 周産期に発生した病態

Certain conditions originating in the perinatal period

- 1601 Disorders related to length of gestation and fetal growth  
妊娠及び胎児発育に関連する障害
- 1602 Others Certain conditions originating in the perinatal period  
その他の周産期に発生した病態

### X VII 先天奇形、変形及び染色体異常

Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities

- 1701 Congenital anomalies of heart  
心臓の先天奇形
- 1702 Others Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities  
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

### X VIII 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

- 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 損傷、中毒及びその他の外因の影響

Injury, poisoning and certain other consequences of external causes

- 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 Injury, poisoning and certain other consequences of external causes  
その他の損傷、中毒及びその他の外因の影響

注：1503番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.