

※※裏面「必要添付書類」及び「注意事項」を必ずお読みになつてからご記入ください。 ※※

|  |                                |                            |   |             |   |                       |                      |
|--|--------------------------------|----------------------------|---|-------------|---|-----------------------|----------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ① 被保険者証の記号・番号<br>—             |                            | ②被保険者の氏名及び生年月日<br>昭・平 年 月 日               |             | ③本申請書の提出を事業主に依頼します<br>チェック <input type="checkbox"/> |                       |                      |
|  | 国内で連絡可能な住所、または事業所所在地をご記入ください。  |                            |   |             |   |                       |                      |
|  | ④被保険者の現住所<br>郵便番号 —            |                            | 本人住所 ・ 事業所住所 (送付先に○)                      |             | TEL ( )<br>携帯 ( )                                   |                       | 方                    |
|  | ⑤事業所の名称                        |                            |   | ⑥療養を受けた国名   |   |                       |                      |
|  | ⑦被扶養者(家族)が受けるものである場合は、その者の     |                            |   |             |   |                       |                      |
|  | ⑦氏名                            |                            | ⑧続柄                                       |             | ⑨生年月日   |                       | 昭和<br>平成<br>令和 年 月 日 |
|  | ⑧傷病名                           |                            |   | ⑨発病または負傷の日時 |   | 平成 年 月 日 午前 時 頃<br>午後 |                      |
|  | ⑩発病または負傷原因の場所等、詳細を具体的にご記入ください。 |                            |   |             |   |                       |                      |
|  | ⑪第三者の行為によるものですか<br>はい ・ いいえ    |                            | ⑫「はい」の場合、第三者の住所、氏名<br>(住所・氏名が不明である場合はその旨) |             |   |                       |                      |
|  | ⑬診察又は手当を受けた医療機関等の名称・所在地        |                            |   |             |   |                       |                      |
| ⑭治療又は手当の内容   |                                | ⑮診療区分                      |   | 入院・外来       |   | ⑯診療又は手当にかかった費用        |                      |
| ⑰診療又は手当の期間は  |                                | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間 |   |             |   |                       |                      |
| ⑱渡航理由 海外出張 ・ 海外赴任 ・ 旅行 ・ その他 ( )                         |                                |                            |   |             |   |                       |                      |

|                            |                                      |             |
|----------------------------|--------------------------------------|-------------|
| 受<br>取<br>代<br>理<br>人<br>欄 | 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 |             |
|                            | 被保険者 住所<br>(請求者) 氏名                  |             |
|                            | 代理人の氏名<br>(フリガナ)                     | 委任者と代理人との関係 |

|                                 |                         |      |
|---------------------------------|-------------------------|------|
| 振<br>込<br>先<br>指<br>定<br>口<br>座 | 銀行コード _____ 支店コード _____ |      |
|                                 | 銀行・農協<br>信金・信組 本店<br>支店 |      |
|                                 | 普通 ・ 当座                 | 口座番号 |
| 口座名義                            |                         | フリガナ |

この書類の送付先は  
〒100-0014  
東京都千代田区  
永田町2-17-2  
東京薬業健康保険  
組合 給付課 宛

受付日付印

※口座名義が被保険者名でない場合は必ず受取代理人欄を記入してください。

|                       |
|-----------------------|
| 社会保険労務士の<br>提出代行者名記載欄 |
|-----------------------|

## ※※記入方法及び注意事項※※

### 【添付書類】

- |                       |                               |
|-----------------------|-------------------------------|
| 1. 診療内容明細書(様式A)       | … 当組合ホームページから印刷可              |
| 2. 領収明細書(様式B)         | … 当組合ホームページから印刷可              |
| 3. 診療内容明細書(様式C)       | … 当組合ホームページから印刷可 歯科受診の際のみ追加添付 |
| 4. 領収書原本              |                               |
| 5. 上記1. 2. 3. 4に関する和訳 | … 様式A及び様式Cについては当組合ホームページから印刷可 |
| 6. 海外渡航履歴証明           |                               |
| 7. 調査に関わる同意書          | … 当組合ホームページから印刷可              |
| 8. 同意書の署名欄            | … 当組合ホームページから印刷可              |

※ 上記書類等で内容について判断のつかない場合は書類一式を返却いたします。

### 【注意事項】

- 申請は1カ月毎に1枚ずつとなります。添付書類も申請月ごとに添付してください。また、表面右上欄外の受診年月を必ずご記載してください。
- 上記5. は記載された確認事項の他、実際に現地で受診した場合の、傷病名・処置・調剤名(分量)の和訳記載も必要です。記載がない場合はご返却することもございます。また、翻訳者の住所・氏名の記載が必要となります。上記4. に処置・薬剤名等の記載がある場合も同様です。
- 上記6. は氏名及び、海外に渡航した事実が確認できる書類が必要です。渡航時の旅券・航空券(電子航空券を含む)(写)か、パスポート(写)等を添付してください。パスポート(写)の場合は必ず顔写真のページ(写)と、税関で押印された直近の出入国スタンプのページ(写)、以上2点の添付が必要です。
- 海外療養費は原則として日本で医療を受けた場合の診療報酬点数に換算して算定され、下記(1)(2)いずれかで支給額を決定します。
  - (1) 算定した額が海外で実際に患者が支払った額(日本円に換算した額)を下回る場合には、算定した額から自己負担分(原則3割)を控除した額が払い戻されます。
  - (2) 算定した額が海外で実際に患者が支払った額(日本円に換算した額)を上回る場合には、実際に支払った額から自己負担分(原則3割)を控除した額が払い戻されます。

また、日本国内で保険適用となっていない医療行為・薬を受けた場合、治療目的で海外へ行った場合は対象となりません。
- 健康保険の給付の受給権は2年で消滅します。海外療養費の時効の起算日は「診療・支払いがともに完了した日の翌日」となります。

#### 組合記載欄

|      |     |
|------|-----|
| 明細書類 | 枚   |
| 領収書類 | 枚   |
| 返却有無 | 有・無 |
| 他    | 枚   |

記入漏れや不備事項がありますと決定が遅れる場合があります。

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)

2.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 / outpatient and home visit.

(毎月毎、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)

| NO. | Description of Service   |
|-----|--|
| 1.  | Name of patient (Last, First) _____ Age (Date of Birth) _____ Sex (Male · Female) _____<br>(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 of Social Insurance (See the other side of this form)<br>(傷病名及び社会保険用国際疾病分類番号:別紙参照) _____  |
| 3.  | Date of First Diagnosis:<br>(初診日) _____, <u>20</u>   |
| 4.  | Days of Diagnosis and Treatment:<br>(診療日数) _____ days  |
| 5.  | Type of Treatment (治療の分類)<br><input type="checkbox"/> Hospitalization : From _____, <u>20</u> to _____, <u>20</u> ( days)<br>(入院) (自) (至)<br><input type="checkbox"/> Out patient or Home Visit : _____, <u>20</u> to _____, <u>20</u><br>(入院外) _____, <u>20</u> to _____, <u>20</u> |
| 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>(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 : Form B<br>(治療実費) (様式 B)   |

Name and Address of Attending Physician (担当医の名前及び住所)

Name : Last(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_

Address : Home(自宅) \_\_\_\_\_

Office(病院又は診療所) \_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_

## 診療内容明細書(翻訳文)

2.傷病名及び社会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 | 住 所 | ..... |
|      | 氏 名 | ..... |

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)

2.This form should be completed and signed by the attending physician or the superintendent .

of a hospital / clinic

(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 / outpatient and home visit.

(各月毎、入院、入院外毎に付この様式1枚が必要です)

Form B  
(様式 B)

## Itemized Receipt

(領収明細書)

| No.  | Description   | Amount | Remarks |
|--|---|--------|---------|
| 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 料 )   |        |         |
| 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.  |   |        |         |
| 17.  |   |        |         |
| 18.  |   |        |         |
| Total ( 合 計 )  |   |        |         |
| Important : Exclude the amount irrelevant to treatment , i.e, payment for luxurious room charge<br>(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(姓) \_\_\_\_\_ First(名) \_\_\_\_\_  
 Address : Home(自宅) \_\_\_\_\_  
 Office(病院又は診療所) \_\_\_\_\_  
 Date (日付) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Signature(署名) \_\_\_\_\_





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
  
- 患者情報  
  (患者名) \_\_\_\_\_  
  (住所) \_\_\_\_\_  
  (生年月日)                      年                      月                      日
  
- Patient information  
  (Name of patient) \_\_\_\_\_  
  (Address) \_\_\_\_\_  
  (Date of birth)                      Year                      Month                      Day

東京薬業健康保険組合 御中

私（療養を受けた者）は、東京薬業健康保険組合の職員又は東京薬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場合には、パスポートを東京薬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 Pharmaceutical Industry Health Insurance Society

I (patient who has received treatment) authorize Tokyo Pharmaceutical Industry 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.

署名欄  
Signature

署名は、治療を受けた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) \_\_\_\_\_  
(住所) \_\_\_\_\_  
(記入日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(患者との関係) : 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カ月間です。

(Signature) \_\_\_\_\_  
(Address) \_\_\_\_\_  
(Date) \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Day

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other [ \_\_\_\_\_ ]  
※ This agreement of authorization expires 6 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.

# 社会保険表章用国際疾病分類表（参考資料）

## 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. 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症  
Sequelae of infectious and parasitic diseases
- 0109. その他の感染症及び寄生虫症  
Others infectious and parasitic diseases

## 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傷害

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傷害  
Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders involving 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
- 0404. その他の内分泌、栄養及び代謝疾患  
Other diseases of endocrin, nutrition and metabolism

## V. 精神及び行動の障害

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障害  
Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use
- 0503. 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害  
Schizophrenia, schizotypal and delusional
- 0504. 気分[感情]障害(躁うつ病を含む) Mood [affective] disorders
- 0505. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害  
Neurotic, stress-related and somatoform disorders
- 0506. 知的障害(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. 神経系の疾患

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痺性症候群  
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

## 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 disorders of ear

## IX. 循環器系の疾患

- Diseases of the the circulatory system
0901. 高血圧性の疾患 Hypertensive diseases
0902. 虚血性心疾患 Ischaemic heart diseases
0903. その他の心疾患 Other forms of heart disease
0904. くも膜下出血 Subarachnoid hemorrhage
0905. 脳内出血 Intracerebral hemorrhage
0906. 脳梗塞 Occlusion of precerebral and Cerebral arteries
0907. 脳動脈硬化(症) Cerebral arteriosclerosis
0908. その他の脳血管疾患 Other cerebrovascular diseases
0909. 動脈硬化(症) Atherosclerosis
0910. 痔核 Haemorrhoids
0911. 低血圧症 Hypotension
0912. その他の循環器系の疾患 Other disorders of circulatory system

## X. 呼吸系の疾患

- Diseases of the respiratory system
1001. 急性鼻咽頭炎[かぜ](感冒) Acute nasopharyngitis[common cold]
1002. 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎 Acute pharyngitis and tonsillitis
1003. その他の急性上気道感染症 Other acute upper respiratory infections
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. 急性また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 diseases
1010. 喘息 Asthma
1011. その他の呼吸器系の疾患 Other diseases of respiratory system

## X I. 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炎 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
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

## X II. 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疾患  
Infections of the skin and subcutaneous tissue
1202. 皮膚及び皮下組織の感染症 Dermatitis and eczema
1203. その他の皮膚及び皮下組織の疾患 Others

## X III. 筋骨格系及び結合組織の疾患

- Diseases of the Musculoskeletal System and connective Tissue
1301. 炎症性多発性関節障害 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 syndrome
1306. 腰痛症及び挫骨神経痛 Low back pain and sciatica
1307. その他の脊柱障害 Other dorsopathies
1308. 肩の障害(損傷) 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 Others diseases of skeletal muscles and connective tissues

## X IV. 腎尿路性器系の疾患

- 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. その他の男性生殖器の疾患 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. 乳房及びその他の女性生殖器の疾患  
Other disorders of breast and female genital organs

## X V. 妊娠、分娩及び産じょく

- Pregnancy, childbirth and the puerperium
1501. 流産 Pregnancy with abortive outcome
1502. 妊娠高血圧症候群  
Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
- ※1503. 単体自然分娩 Single spontaneous delivery
1504. その他の妊娠、分娩及び産じょく Others  
1503番(※印)に健康保険は適用されません。  
Important : ※No.1503 with asterisk is not covered by the social Insurance.

## X VI. 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 pregnancy and fetal growth
1602. その他の周産期に発生した病態 Others

## X VII. 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、奇形及び染色体異常 Others

## 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. 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

## 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. 骨折 Fracture
1902. 頭蓋内損傷及び内臓の損傷 Intracranial damage and internal organ damage
1903. 熱湯及び腐食 Burns and corrosions
1904. 中毒 Poisoning
1905. その他の損傷及びその他の外因の影響 Others