

(Form 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) 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ないものは除いてください。

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	First	Title
	姓	名	称号

Address	: Home 自宅	Phone 電話
住所	Office 病院又は診療所	Phone 電話

Date	:	Signature
日付		署名