

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 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 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