

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	麻醉費	\$	_____
(11)	Operating room change	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の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

邦訳

(12) その他(項目明記)

翻訳者

名前：

住所：

電話：