

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	\$ _____

: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i-e, extra charge for a bed.

Important : 高級室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

注 意

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