

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		
(14) Currency unit	通貨単位		

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

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