

From B

Itemized receipt
領 収 明 細 書

(1) Fee for initial office visit	初診料	\$ _____	
(2) Fee for follow-up office visit	初診料	\$ _____	
(3) Fee for home visit	再審料	\$ _____	
(4) Fee for hospital visit	往診料	\$ _____	
(5) Hospitalization	入院管理料	\$ _____	
(6) Consultation	入院費	\$ _____	
(7) Operation	診察料	\$ _____	
(8) X-ray examination	手術費	\$ _____	
(9) Medication	X線検査費	\$ _____	
(10) Anesthetics	医薬費	\$ _____	
(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 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 _____

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

Date
日付 : _____ Signature _____