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	医療費	$
(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 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 姓 First 名 Title 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