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	診療費	$	
(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	$	

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 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 : 日付 | Signature 署名