

Form B
様式 B

Itemized receipt
領 収 明 細 書

(1) Fee for intial 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	入院管理費	\$	_____
(5) Hospitalization	入院費	\$	_____
(6) Consultation	診察費	\$	_____
(7) Operation	手術費	\$	_____
(8) X-ray exmination	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下さい。

Name of 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 署名
日 付 _____