Form　B

Ltemized　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	$	

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　　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