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	診察料	$
(7)Operation	手術料	$
(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