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	入院管理費	$	
(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