

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	麻醉費	\$	_____
(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

翻訳 (様式Bの続紙)

(12) その他 (項目明記)

--

翻訳者の記入欄	
名前	
住所	電話