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	診察料	$ _____	
(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ください。

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 病院名又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date　: _____ Signature _____

日付　　署名