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 診察費 ＄

(７) Operatio　　　　　　　　　　　　　　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