

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) 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 :Last First Title  
名前 姓 名 称号

Address :Home Phone  
住所 自宅

Office Phone  
病院又は診療所

Date:  
日付

Signature  
署名