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