Form B

Itemized receipt

領 収 明 細 書

No.	Item	項目	Amount	
(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 姓 ______ First 名 ______ Title 称号 ______

Address住所： Home 自宅 ______ phone 電話 ______

Office 病院又は診療所 ______ phone 電話 ______

Date 日付： ______ Signature 署名 ______