

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

N a m e 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

D a t e 日 付: Signature 署名