

様式B (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	再診療	\$	_____
(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 bad.

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