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
名前:　Last 姓　First 名　Title 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