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の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 ：Home 自宅 _____ Phone 電話 _____
住所　　Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

Date ：_____ Signature 署名 _____
日付