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 _____ 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