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 _____
日付 署名

翻訳　（様式Ｂの続紙）

(12)その他（項目明記）

	翻訳者の記入欄
名前	㊞
住所	電話