

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 Office 病院又は診療所 _____ Phone 電話 _____

: Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

住所

Date : _____ Signature _____

日付

署名

翻訳用紙 (Form B の続紙)

12, その他 (項目明記)

翻 訳 者 の 記 入 欄	
氏 名	(※)
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先) — —