

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 First Title
姓 名 称号

Address

住所

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

Date

日付

: Signature
署名

邦訳

(12) その他（項目明記）

翻訳者

名前：

住所：

電話：