

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	:	<u>Last</u>	<u>First</u>	<u>Title</u>
名前		姓	名	称号

Address	:	<u>Home</u> 自宅	<u>Phone</u> 電話
住所		<u>Office</u> 病院又は診療所	<u>Phone</u> 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