

Form B
様式 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) Professional Nursing	職業看護婦費	\$	
(9) X-Ray Examinations	X線検査費	\$	
(10) Laboratory Tests	諸 検 査 費	\$	
(11) Medicines	医 薬 費	\$	
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	\$	
(13) Anesthetics	麻 酔 費	\$	
(14) Operating Room Charge	手術室費用	\$	
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$	\$
		\$	\$
(16) Total	合 計	\$	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room
注意 : charge.

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 : Last First Title
名前 姓 名
Address : Home 自宅 Phone 電話
住所
Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date
日付 _____

Signature
署名 _____