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 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 ： Last First Title

名前 姓 名 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