

**Form B**

**Itemized receipt**  
**領 收 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** : 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