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
名前　：Last　First　Title
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