

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ください。

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 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____
名前

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

翻訳用紙 (Form B の続紙)

(12)その他 (項目明記)

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	⑩
住 所	電話