

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	入院管理費	\$	
(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  
 性 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