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