

Form B
様式 BItemized Receipt
(領 収 明 細 書)

(1) Free 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) Professional Nursing	職 業 看 護 婦 費	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	
(10) Laboratory Tests	諸 検 査 費	
(11) Medicines	医 薬 費	
(12) Surgical dressing	包 帯 費	
(13) Anesthetics	麻 酔 費	
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	
(15) The others (Specify)	その他(特記せよ)	
(16) Total	合 計	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.

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)Address : Home (自宅) Phone
(住所)

Office (病院又は診療所) Phone

Date : Signature
(日付) (署名)