

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	First	Title
名前		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