

Form B
様式 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 名前 : Last 姓 _____ First 名 _____ Title 称号 _____

Address 住所 : Home 自宅 _____ phone電話 _____

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	
氏 名	
	(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。
住 所	
連絡先	(平日、日中の連絡先) — —