

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 性 First 名 Title 称号

Address : Home 自宅 Phone 電話
住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date 日付 : Signature 署名

翻訳（様式Bの続紙）

(12) その他（項目明記）

	翻 訳 者 の 記 入 欄
名 前	<div>印</div>
住 所	電話