

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