

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	_____	Phone	_____
住所		Office	_____	Phone	_____
		病院又は診療所		電話	

Date	:	_____	Signature	_____
日付			署名	