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)	Hospital	ization		入院費			
(6)	Consulta	ation		診察費			
(7)	Operation	on		手術費			
(8)	X-ray e	xamination		X線検査費	ŧ.		
(9)	Medicat	ion		医薬費			
(10)	Anesthe	tics		麻酔費			
(11)	Operation	ng room charge		手術室費用	用		_
(12)	Others	(specify)		その他(項	目明記)	※要翻記	沢
						(裏面に	翻訳をご記入下さい)
(13)	Total			合	計	Currenc	
Impo 注意	rtant:	Exclude the amount i 高級室料等治療に直	rrelevant to t 接関係のない	he treatmei いものは除い	nt, i-e, ext いて下さい。	ra charge	for a bed.
		dress of Attending Ph 病院事務長の名前及で		perintenden	t of Hospit	al or Clir	nic
Nan 名前		Last 姓		First 名			Title 称号
Addr 住所		Home 自宅				Phone 電話	
		Office 病院又は 診療所				Phone 電話	
Date 日付			Signatur 署 名	re			

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							
住 所							
電話							