

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	_____
		Currency Unit
		通貨単位

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 Last First Title
名前 姓 名 称号

Address Home Phone
住所 自宅 電話

Office Phone
病院又は 電話
診療所

Date Signature
日付 署名