

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	:Last	First	Title
	名前	姓	名	称号
	Address	:Home		Phone
	住所	自宅		
		:Office		Phone
		病院又は診療所		

Date: _____
 日付

Signature _____
 署名