lltemized 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
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