

Form B

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	診察料	\$ _____
(7) Operation	手術料	\$ _____
(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

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

Form B

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	診察料	\$ _____
(7) Operation	手術料	\$ _____
(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	\$ _____

現地通貨での
記入をお願いします

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

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