

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) Professional Nursing	職 業 看 護 師 費	\$ _____	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査 費	\$ _____	
(10) Laboratory Tests	諸 検 査 費	\$ _____	
(11) Medicines	医 薬 費	\$ _____	
(12) Surgical Dressing	包 帯 費	\$ _____	
(13) Anesthetics	麻 酔 費	\$ _____	
(14) Operating Room Charge	手 術 室 費 用	\$ _____	
(15) The Others (Specify)	その他(特記せよ)	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____
(16) Total	合 計	\$ _____	

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment, i. e, payment for luxurious room charge.

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

Address : Home 自宅 _____ Phone _____
住所 Office 病院又は診療所 _____ Phone _____

Date _____ Signature _____
日付 署名