Itemized receipt

領収明細書

(1)	Fee for initial office visit	初診料	$	
(2)	Fee for follow-up office visit	再診療	$	
(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
名前　：Last 姓 _____ First 名 _____ Title 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