

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 婦 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	