Form B

Itemized receipt
領収明細書

Country〈国名〉 _____ Currency〈通貨単位〉 _____

	Items	項目	Amount（金額）
1	Fee for intial office visit	初診料	
2	Fee for follow-up office visit	再診料	
3	Fee for home visit	往診療	
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 (Please mention the details in the following blanks.)〈その他〉		
	Items	項目	Amount（金額）
	Others Total	その他合計	
13	Total	合計	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment,i-e,extra charge for abed
注　意　：高級室料等、治療に直接関係のないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician/Superintendent of Hospital or Clinic
担当医または病院事務長の名前および住所

Name 名前 _____ Title 称号 _____

Address: 住所 Home 自宅 _____ Phone 電話 _____

Office 病院または診察所 _____ Phone 電話 _____

Date〈記入日〉 _____ Signature〈署名〉 _____