Itemized receipt

細 収 明 領

(1)Fee for initial office visit	初診料	\$	_
(2)Fee for follow-up office visit	再診料	<u>\$</u>	_
(3)Fee for home visit	往診料	\$	_
(4)Fee for hospital visit	入院管理料	\$	_
(5)Hospitalization	入院費	<u>\$</u>	_
(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 is	irrelevant to the tre	atment,I-e,extra	charge for a bed
注 音・高級室料等治療に関係ない	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		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 :			<u>Signature</u>	

署名 日付