

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	入院管理費	\$ _____
(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
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name

名前	: Last	first	Title
姓	名	名	称号

Address	: Home	Phone
住所	自宅	電話

Office	Phone	病院又は診療所
電話		

Date	: _____	Signature _____
日付		署名