

Form B

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	診察料	_____
(7) Operation	手術料	_____
(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	_____

Currency Unit (通貨単位) _____

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下さい。

Name of Patient :

患者氏名 Last 姓 First 名 _____

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 : _____ Signature : _____
日付 署名

裏面もご確認ください

注意事項

- ・この様式は担当医または病院事務局長に記入してもらい、かつ署名してもらってください。
- ・「通貨単位」は必ず記入してもらってください。
- ・1か月ごと、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに1枚ずつ、それぞれの医療機関で記入してもらう必要があります（院外処方の場合は、医科と薬局のそれぞれ1枚ずつ必要です）。