

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) 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 (項目明細)	_____	

(13) Total	合計	_____	Unit is _____ 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment.i.e,payment for a luxurious room charge.

注 意 : 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いて下さい。

Name and Address of Attending Physician < 担当医の名前及び病院の住所 >

Name < 担当医名 > : _____

Address < 住所 > : Office < 病院 > _____

Phone < 電話 > : Office < 病院 > _____

Date < 日付 > : _____ Signature < 署名 > : _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of Medical Record (if applicable) < 診療録の番号 > _____