

Form B

This form should be completed and signed by the attending physician.

この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。

One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out.

各月ごと、入院・入院外ごとのこの様式が1枚必要です。

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な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 : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

日付 署名

■様式 B 邦訳

14 その他（項目明記）

	翻 訳 者 記 入 欄
名 前	印
住 所	電話 _____