

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 Examinations	X線検査費	_____
(9) Medicines	医薬費	_____
(10) Anesthetics	麻酔費	_____
(11) Operating Room Charge	手術室費	_____
(12) The Others (Specify)	その他(裏面項目明記)	_____
(13) Tax	税金	_____
<hr/>		
(14) Total	合 計	_____
<hr/>		
Currency (unit)	通貨単位	_____

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

注意: 高級室料等治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic

担当医または病院事務室長の名前及び住所

Name	Last	First	Title
名前	姓	名	称号

Name of Hospital or Clinic _____

病院または診療所名

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

邦訳

(12) その他(項目明記)

翻訳者

名前:

住所:

電話: