

様式第 15 号の(12) (第 15 条関係)

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

住 所 : Home 自宅 Phone 電話  
Office 病院又は診療所 Phone 電話

Date

日 付 : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
署 名