## 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 irrel		re, extra charge for a bed.
Important:Exclude the amount irrel 注 意:高級室料等治療に直接関係ない Name and Address of Attending Phys	levant to the treatment, I-いものは除いて下さい。 sician/Superintendent of	
Important:Exclude the amount irrel 注 意:高級室料等治療に直接関係ない Name and Address of Attending Phys	levant to the treatment, I-いものは除いて下さい。 sician/Superintendent of	
Important:Exclude the amount irrel 注 意:高級室料等治療に直接関係ない Name and Address of Attending Phys 担当医又は病院事務長の名前及び住所	levant to the treatment, I-いものは除いて下さい。 sician/Superintendent of	
(14)Currency unit Important: Exclude the amount irrel 注意:高級室料等治療に直接関係ない Name and Address of Attending Phys 担当医又は病院事務長の名前及び住所 Name 名前 : Last	levant to the treatment, I-いものは除いて下さい。 sician/Superintendent of	
Important:Exclude the amount irrel 注 意:高級室料等治療に直接関係ない Name and Address of Attending Phys 担当医又は病院事務長の名前及び住所 Name	levant to the treatment, I-いものは除いて下さい。 sician/Superintendent of	Hospital or Clinic
Important:Exclude the amount irrel 注意:高級室料等治療に直接関係ない Name and Address of Attending Phys 担当医又は病院事務長の名前及び住所 Name 名前 :Last 姓	levant to the treatment, I・ハものは除いて下さい。 sician/Superintendent of  First 名	Hospital or Clinic Title
Important:Exclude the amount irrel 注意:高級室料等治療に直接関係ない Name and Address of Attending Phys 担当医又は病院事務長の名前及び住所 Name 名前 : Last  姓 Address:Home 自宅	levant to the treatment, In いものは除いて下さい。 sician / Superintendent of A	Hospital or Clinic  Title  称号
Important:Exclude the amount irrel 注意:高級室料等治療に直接関係ない Name and Address of Attending Phys 担当医又は病院事務長の名前及び住所 Name 名前 : Last  姓 Address:Home 自宅	levant to the treatment, In いものは除いて下さい。 sician / Superintendent of A	Title 称号 none 電話
Important: Exclude the amount irrel 注意:高級室料等治療に直接関係ない Name and Address of Attending Phys 担当医又は病院事務長の名前及び住所 Name 名前 : Last  姓 Address: Home 自宅	levant to the treatment, In いものは除いて下さい。 sician / Superintendent of A	Title 称号 none 電話