

Itemized receipt
領収明細書

Country (国名) _____

Currency (通貨単位) _____

	Items	項目	Amount (金額)
1	Fee for initial office visit	初診料	
2	Fee for follow-up office visit	再診料	
3	Fee for home visit	往診療	
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 (Please mention the details in the following blanks.) (その他)		
	Items	項目	Amount (金額)
	Others Total	その他合計	
13	Total	合計	

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e., extra charge for abed
 注意: 高級室料等、治療に直接関係の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長の名前および住所

Name _____
 名前

Title _____
 称号

Address: Home _____
 住所 自宅
 Office _____
 病院または診察所

Phone _____
 電話
 Phone _____
 電話

Date (記入日) _____

Signature (署名) _____