

様式第19号(第27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 | \$ _____ |

: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e. extra charge for a bed.

Important : 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。

注 意

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 電話番号
住所 Office 病院又は診療所 Phone 電話番号

Date : Signature
日付 署名