

Form B

海外療養費

Itemized receipt

領収内容明細書

(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 amountir relevant to the treatment,i-e,extra charge for a bed.

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 of Clinic

担当医又は病院事務長の氏名及び住所

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