（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 手術費

（12）Others（specify） その他（項目明記）

（13）Total　　　　　　　　　　　　　　　　　　　合　計

（14）Currency unit 通貨単位

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

担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name　　　：Last　　　　　　　　　　First　　　　　　　　　　Title

名前　　　　 姓　　　　　　　　　　　名　　　　　　　　　　　称号

Address　　：Home自宅　　　　　　　　　　　　　　　　　Phone電話

住所　　　　 Office病院又は診療所　　　　　　　　　　　　Phone電話

Date　　　：　　　　　　　　　　　　　　　Signature

日付　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名