

Form B

1. Fill in the insurance fee in your country currency. Ex(\$, ¥, ¥...)
 あなたの国の通貨で、保険費用をお書きください。
2. Exclude the amount irrelevant to the treatment, e.g., extra charge for a bed.
 高級室料等の治療に直接関係のないものは除いて下さい。

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(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	

【担当医の名前及び住所】 Name and Address of Attending Physician

【主治医名】 Name : _____
 (称号) Title : _____

【医療機関】 Name of medical institution : _____ 電話) Phone : _____
 (医療機関住所) Address : _____

【記入日】 Date : Day : _____ Month : _____ Year : _____

【担当医署名】 Signature of Attending Physician : _____

Reference Number of your medical record (if applicable)

診療録の番号 : _____