

1 This form should be completed and signed by the attending physician /superintendent of Hospital or Clinic.

この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名してください。

2 This form should be filled out monthly when hospitalization/outpatient (home visit) extends for two month period.

入院・入院外が次の月にわたるときは月別に記入してください。

**Itemized Receipt
領収明細書**

		Payment (支払金額)			
		Outpatient or Home visit		Hospitalization	
		(入院外)		(入院)	
		Month ()	Month ()	Month ()	Month ()
		()月分	()月分	()月分	()月分
(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) Professional Nursing	職業看護婦費				
(9) X-Ray Examinations	X線検査費				
(10) Laboratory Tests	諸検査費				
(11) Medicines	医薬費				
(12) Surgical Dressing	包帯費				
(13) Anesthetics	麻酔費				
(14) Operating Room Charge	手術室費				
(15) The Others (Specify)	その他(特記)				
(16) Tax	税金				
(17) Total	合計				
Currency (unit)	通貨単位				

Important Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e, payment for luxurious room charge.

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

担当医または病院事務室長の名前及び住所

Name Last First Title
名前 姓 名

Name of Hospital or Clinic
病院または診療所名

Address 住所

Phone 電話

Date 日付

Signature 署名

* 1 本様式は、海外での医科受診の場合、「診療報酬領収済明細書(医科)」に代えて領収明細書として使用できます。
 なお、本様式は「様式A」(診療内容明細書)とセットで使用してください。
 2 給付額は、様式A、Bの内容を基に、国内での「健康保険」適用例により算定されますので、大きく下回ることがあります。