様式　第19号の2

Form B

# 海 外 療 養 費

## Itemized receipt
## 領 収 容 明 細 書

| | | | |
|---|---|---|---|
| (1) Fee for initial office visi t | 初診料 | $ | |
| (2) Fee for follow-up office visi t | 再診料 | $ | |
| (3) Fee for home visi t | 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 r oom charge | 手術室費用 | $ | |
| (12) Others (specif y) | その他(項目明記 ) | $ | $ |
| (13) Total | 合　　計 | $ | |

Important: Exclude the amount ir relevant to the tr eatment,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名前及び住所

Name
名前　：　Last 姓　First 名　Title 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