Itemized receipt

領収明細書

注 意:高級室料等治療に直接関 Name and Address of Attending 担当医又は病院事務長の名前及ひ Name 名前 : Last 姓 Address: Home 自宅	係ないものは除いて下さい。 Physician/Superintendent of interpretation First 名 Pho	
姓 Address : <u>Home</u> 自宅	係ないものは除いて下さい。 Physician/Superintendent of interpretation First 名 Pho	Hospital or Clinic Title 称号 one 電話
注 意:高級室料等治療に直接関 Name and Address of Attending 担当医又は病院事務長の名前及ひ Name 名前 : Last 姓 Address: Home 自宅	係ないものは除いて下さい。 Physician/Superintendent of interpretation First 名 Pho	Hospital or Clinic Title 称号 one 電話
注 意:高級室料等治療に直接関 Name and Address of Attending 担当医又は病院事務長の名前及び Name 名前 : Last	係ないものは除いて下さい。 Physician/Superintendent of i が住所 First	Hospital or Clinic Title
注 意:高級室料等治療に直接関 Name and Address of Attending 担当医又は病院事務長の名前及び Name 名前 : Last	係ないものは除いて下さい。 Physician/Superintendent of i が住所 First	Hospital or Clinic Title
注 意:高級室料等治療に直接関 Name and Address of Attending 担当医又は病院事務長の名前及ひ Name	係ないものは除いて下さい。 Physician/Superintendent of I	Hospital or Clinic
注 意:高級室料等治療に直接関 Name and Address of Attending 担当医又は病院事務長の名前及ひ	係ないものは除いて下さい。 Physician/Superintendent of	
注 意:高級室料等治療に直接関 Name and Address of Attending	係ないものは除いて下さい。 Physician/Superintendent of	
注 意:高級室料等治療に直接関 Name and Address of Attending	係ないものは除いて下さい。 Physician/Superintendent of	
注 意: 高級室料等治療に直接関	係ないものは除いて下さい。	
_		e, extra charge for a bed.
_		e, extra charge for a bed.
		e, extra charge for a bed.
(14)Currency unit	通貨単位	
(13) Total	合 計	
(12) Others (specify)	C ^ / 旧(大 日 か1 h口)	
(12) Others (specify)	子が至复元 その他(項目明記)	
(11) Operating room charge	手術室費用	
(10) Anesthetics	医染質 麻酔費	
(9) Medication	医薬費	
(7) Operation (8) X-ray examination	子州 質 X線検査費	
(6) Consultation	診察費 手術費	
(5) Hospitalization	入院費	
-		
(4) Fee for hospital visit	1年80付 入院管理料	
(9) ree for nome visit	往診料	
_	サナロクパイ	
(1) Fee for initial office visit(2) Fee for follow-up office visit(3) Fee for home visit	初診料 再診料	