

請 求 書

〇〇年〇月〇日

〒520-0846 滋賀県大津市富士見台16-1
 独立行政法人 地域医療機能推進機構 滋賀病院 御中
 (適格請求書発行事業者登録番号)
 T6040005003798

取引銀行	取引銀行
	銀行口座番号
代表者名	口座の代表者名等

業者名	貴社名	印
住所	貴社 住所	
TEL	貴社 電話番号	
FAX	貴社 FAX番号(お持ちの場合のみ記入)	
	(適格請求書発行事業者登録番号)	
	T インボイス制度に登録の場合のみ記入	

前月請求額	当月御入金額	調整・値引額	繰越額	当月御買上額 (税抜)	消費税	当月請求金額 (税込)	合計御請求額
660	330		330	900	90	990	1,320

内訳	税率別購入額	税率別消費税額
課税(10%)	900	90
課税(8%)		0
非課税		0

メーカー名	品名・規格	製品番号	数量	単価 (税抜)	金額 (税抜)	税率
こちらは記入例です。						
〇〇商事	マスク		3	300	900	10%
				小計	900	
				消費税	90	

			合計	990
--	--	--	----	-----