

(郵送用)

# インボイス領収書申込書

申込日： 年 月 日

## 申込者情報

フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
電話番号	(日中連絡が取れる電話番号をご記入下さい)

## 郵送先情報

郵送先住所	〒
宛名	(上記氏名と異なる場合ご記入下さい)

インボイスが必要な項目 (チェックして下さい)

予防接種  面談料  健康診断  文書料  その他( )

★確認チェックリスト (郵送前に必ずご確認ください)

- インボイス領収書申込書 (本用紙)  
 領収書 (原本) ※ 領収書 (原本) と差し替えてからの郵送となります。  
必ず同封して下さい。

※ 書類到着後、2週間以内に郵送予定としています。しばらく経過してもお手元に届かない場合はご連絡下さい。

※ 不明点等ございましたらお問い合わせ下さい。

【送付先】

〒805-0050

福岡県北九州市八幡東区春の町5丁目9番27号

済生会八幡総合病院 インボイス担当者

連絡先：093-662-5211

-----  
【担当者記入欄】 受付日： 年 月 日

郵送日： 年 月 日

