

(令和8年度禁煙外来を有する健診機関による健診当日の禁煙支援業務委託)

## 請求書

全国健康保険協会

大阪支部長 殿

別紙請求内訳書のとおり、下記金額を請求いたします。

記

実施年月日 年 月 日～ 年 月 日分

金額 (税込10%)	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円

(上記金額のうち、消費税額 \_\_\_\_\_ 円)

内訳

受診勧奨費用(税抜) 例) 472 円 × \_\_\_\_\_ 件 = 0 円

振込先	金融機関 の名称	銀行等名称							
		金融機関コード							
		支店名							
		支店コード							
	口座番号								
	口座の種類	普通預金		・ 当座預金					
口座名義	フリガナ								

「金融機関の名称」には、「〇〇銀行〇〇支店」又は「〇〇金庫〇〇支店」等と略称を用いずに記入すること。  
ゆうちょ銀行の場合には、銀行等名称欄に「ゆうちょ銀行」と記入し、支店名は省略、支店番号欄に郵便貯金  
通帳の記号を店番に変換した数字を記入すること。

年 月 日

登録番号 (

〒

所在地

名称

代表者氏名

電話番号

担当者

印

健診機関コード

2 7

註1. 金額はアラビア数字で記入してください。 ※首標金額の訂正は認めません。

2. 金額の頭部に¥印を表示してください。

3. 振込先に金融機関の名称(銀行等名称・支店名)、口座番号、口座名義を記入し、普通預金・当座預金のいずれかを○で囲んでください。

4. 消費税額は、右の請求金額に110分の10を乗じて得た額を記載してください。ただし、消費税額に1円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額です。

5. 適格請求書発行事業者でない場合は、消費税額・登録番号の記載は不要です。また併せて、「当該請求書の余白に「インボイス非該当」と記載してください。」

(協会使用欄)

決議番号