

債権者番号

請 求 書

年 月 日

(あて先) 川口市病院事業管理者

債権者

住 所

氏 名



年度

金 額

円

金額の先頭に¥マークをご記入ください

上 記 金 額 を 請 求 し ま す。

品 名(規格)	数量	単価	金 額 (円)	検収月日	備 考
小 計					
消 費 税					
合 計					

勘定科目

☐ 借方 (款)貯蔵品 貸方 (款)未払金 (項)医業未払金
☐ 借方 (款)未払金 (項)医業未払金 貸方 現金

納入場所

☐ 医 療 セ ン タ ー
☐ 本 町 診 療 所
☐ 安 行 診 療 所

太字・太枠欄を記入してください