

# 請求書

年 月 日

水戸赤十字病院 御中

請求金額（税込） 円

税率別内訳	税別金額	消費税額
10%対象	円	円
軽減8%対象	円	円

但し、令和 年 月分 として

上記のとおり請求いたします。

住 所

氏 名

登録番号

振込先

金融機関・支店

口座番号

(フリガナ)

口座名義