

※4枚綴りとなっておりますので、  
 【納品書控】の口の項目に入力をお願いします。

1枚目(納品書控) 貴社控え用  
 2枚目(注文書) 病院提出用  
 3枚目(納品書) 病院提出用  
 4枚目(請求書) 病院提出用

| 納品書控                        |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|-----------------------------|------|---------------|----|--|--------|-----------------|----------------|-------------------|--|--|
| 請求金額                        |      | 税込での入力をお願いします |    |  |        | 注文月日            |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        | 提出月日            |                | 請求書提出日            |  |  |
| 納入月日                        | 品名   | 院内コード         | 数量 | 単位   | 単価(税抜) | 金額(税抜)          | 摘要             | 納入部署              |  |  |
|                             | 商品名等 |               |    |  |        |                 | 数量×単価=消費税抜きの金額 |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 | ※自動計算されます      |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    |  |        |                 |                |                   |  |  |
| ※印は軽減税率対象商品                 |      |               |    |  |        | 税率ごとに区分して合計した金額 |                | 税率ごとに区分して合計した消費税額 |  |  |
|                             |      |               |    |  |        | 合計(税込)          |                | 税込での入力をお願いします     |  |  |
| 納入者<br>住所氏名<br>登録番号<br>検収者印 |      |               |    | 埼玉県さいたま市中央区新都心1番地5<br>日本赤十字社<br>さいたま赤十字病院<br>登録番号: T-6010405002452<br>TEL. 048(852)1111(代) |        |                 |                |                   |  |  |
|                             |      |               |    | ※加えて3~4枚目の納品書・請求書には社印を押印して下さい  |        |                 |                |                   |  |  |

(業者控)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## 注文書(購入伺)

下記のとおり発注してよろしいか伺います。

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 請求金額 |  | 注文月日 |  |
|      |  | 提出月日 |  |

| 納入月日 | 品名 | 院内コード | 数量 | 単位 | 単価(税抜) | 金額(税抜) | 摘要 | 納入部署 |
|------|----|-------|----|----|--------|--------|----|------|
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |

|             |        |  |     |  |
|-------------|--------|--|-----|--|
| ※印は軽減税率対象商品 | 8%対象   |  | 消費税 |  |
|             | 10%対象  |  | 消費税 |  |
|             | 合計(税込) |  |     |  |

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| 納入者<br>住所氏名<br>登録番号 | 殿 | 埼玉県さいたま市中央区新都心1番地5<br><b>日本赤十字社</b><br><b>さいたま赤十字病院</b><br>登録番号: T-6010405002452<br>TEL. 048(852)1111(代) |
|---------------------|---|--|

|    |  |
|----|--|
| 備考 |  |
|----|--|

# 納 品 書

| 請求金額 |    |       |    |    |        | 注文月日   |    |      |
|------|----|-------|----|----|--------|--------|----|------|
|      |    |       |    |    |        | 提出月日   |    |      |
| 納入月日 | 品名 | 院内コード | 数量 | 単位 | 単価(税抜) | 金額(税抜) | 摘要 | 納入部署 |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |    |      |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |        |  |     |  |
|-------------|--------|--|-----|--|
| ※印は軽減税率対象商品 | 8%対象   |  | 消費税 |  |
|             | 10%対象  |  | 消費税 |  |
|             | 合計(税込) |  |     |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>日本赤十字社</b><br><b>さいたま赤十字病院 院長 殿</b><br><br>登録番号: T-6010405002452 | 納入者<br>住所氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span><br>登録番号 |
|---|--|

| 検収者印 | 備考 | 診療材料 | 医療消耗器具備品 | 消耗器具備品 | その他棚卸資産 | 修繕費 |
|------|----|------|----------|--------|---------|-----|
|      |    |      |          |        |         |     |
|      |    |      |          |        |         |     |
|      |    |      |          |        |         |     |

整理番号 科目

課税・非課税収益  
共用対応分

|      |      |     |
|------|------|-----|
| 事務部長 | 担当課長 | 担当者 |
|      |      |     |

- 買掛金
- 未払金
- 未払費用

# 請求書

|      |     |     |      |
|------|-----|-----|------|
| 請求金額 | 買掛金 | 未払金 | 未払費用 |
|      |     |     |      |
|      |     |     |      |

| 納入月日 | 品名 | 院内コード | 合計 |    |        | 提出月日   |        | 摘要 | 納入部署 |
|------|----|-------|----|----|--------|--------|--------|----|------|
|      |    |       | 数量 | 単位 | 単価(税抜) | 金額(税抜) | 金額(税抜) |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |
|      |    |       |    |    |        |        |        |    |      |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※印は軽減税率対象商品

|        |  |     |  |
|--------|--|-----|--|
| 8%対象   |  | 消費税 |  |
| 10%対象  |  | 消費税 |  |
| 合計(税込) |  |     |  |

上記の金額を請求いたします

**日本赤十字社  
さいたま赤十字病院 院長 殿**  
登録番号： T-6010405002452

年 月 日

納入者  
住所氏名 ®  
登録番号

|      |    |      |          |        |         |     |
|------|----|------|----------|--------|---------|-----|
| 検収者印 | 備考 | 診療材料 | 医療消耗器具備品 | 消耗器具備品 | その他棚卸資産 | 修繕費 |
|      |    | 雑費   | 管理経費     | 社会活動費  | 通信費     |     |

整理番号 科目