

医療機関ご担当者 様

本県病院事業では、職員の採用時の健康診断費用の負担を行っておりますが、支払内容が確認できない場合、負担できないことがあります。

つきましては、以下の注意点にご留意頂き、領収書の発行にご協力いただきますようお願いいたします。

- 令和5年10月のインボイス制度の開始にあたり、インボイス発行事業者に該当する場合は領収書へ必要事項（事業者登録番号、適用税率、消費税額等）の記載が必要です。
- 受検者氏名や受診内容の記載がない領収書の場合は、お手数ですが、空いたスペースに次の内容を記入していただきますようお願いいたします。

また、手書きの場合は医療機関担当者印もしくは署名を併せて記載ください。

- 所定の身体検査書作成にかかる費用以外の費用は負担の対象外ですので、所定の身体検査書作成にかかる費用のみ計上いただきますようお願いいたします。

領収書		⑥ 受検者氏名
兵庫 太郎 様	医療法人〇〇〇〇〇〇医院 (登録番号：T13456789) × × 市△△町 1-2-3 電話：078-123-4567	① 事業者の氏名・名称および登録番号
検診日	令和〇年〇月〇日	② 受診年月日
内容	健康診断	③ 内容
領収金額	15,000円 (10%対象 15,000円) (消費税額 1,500円)	④ 対象額および適用税率
		⑤ 消費税額