

インボイス制度に伴う請求書変更の お知らせ

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、2023年10月よりインボイス制度（消費税の仕入税額控除に関する制度）の導入にあたり、税務署長に申請して登録を受けた課税事業者である「適格請求書発行事業者」が交付する「適格請求書」等の保存が仕入税額控除の要件となります。

つきましては、本検査センターの請求書を「適格請求書」に対応すべく刷新いたしますので何卒ご理解賜りますようお願い申し上げます。

先生方には大変ご迷惑をおかけしますが、何卒ご了承賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

■ 変更月 2023年10月発行分より（9月請求分）

※請求明細書の変更はございません。

※変更箇所につきましては裏面をご参照ください。

■ 登録情報

登録年月日：2023年10月1日

登録番号：T9290005013720

名称：一般社団法人福岡市医師会

所在地：福岡県福岡市早良区百道浜1丁目6-9



一般社団法人

福岡市医師会臨床検査センター

〒814-0001 福岡市早良区百道浜1丁目6番9号 TEL(092)852-1506 FAX(092)852-1511

【帳票例】

■主な変更点：事業者登録番号の表記

小計から課税対象額(10%対象)への表記

請 求 書

年 月 日

一般社団法人
福岡市医師会臨床検査センター
〒814-0001 福岡市早良区百道浜1丁目6-9
TEL 092-852-1506 FAX 092-852-1511
登録番号 T9290005013720



様

請 求 金 額	
年 月分 (締め日: 月 日)	
前回迄請求額	円
御入金額	円
繰越額 ①	円
当月受託額	円
還元額	円
10%対象	円
消費税 (10%)	円
当月請求額 ②	円
今回請求残高①+②	円

※前回迄請求額を、既にご入金済みであっても、入金日が締め日以降であった場合は、当請求書に反映されておりませんのでご了承ください。

※振込手数料は貴院にて負担願います。

毎度格別のご利用頂き有り難うございます。

検査料金を上記のとおりご請求申し上げますので明細書とご照合のうえご確認ください。

領 収 書

年 月 日

様

金額 円也

但し 年 月分検査料として
上記金額正に領収致しました。

一般社団法人
福岡市医師会臨床検査センター
〒814-0001
福岡市早良区百道浜1丁目6-9
TEL 092-852-1506 FAX 092-852-1511

