

注文書

株式会社ミック 行

下記の通り注文いたします。

名 称	
住 所	〒□□□-□□□□
電 話 番 号	
F A X 番 号	
代 表 者 名	印
メールアドレス	@ ・補助金申請に使用する領収証は、こちらに記載していただいたメールアドレスにPDFファイル(データ)でお送りいたします。 ・PDFファイルが受け取れるメールアドレスをご指定ください。

商品名	数量	金額(円)
オンライン資格確認医療扶助連携費	1	¥46,200

●上記金額は、消費税が含まれた税込価格です。

ご注文受付期間	2024年1月22日～2024年2月19日
納品予定日	2024年3月1日まで
お支払条件	指定口座へ現金振込
お支払日	2024年2月21日まで
付帯事項	・オンライン資格確認医療扶助連携費には、オンライン資格確認医療扶助連携サービスの5年(60ヵ月)の利用権を含んでおります。 やむを得ず途中解約される場合であっても返金対応はできかねます。 ※5年間ご利用いただいた後は、月額課金方式に切り替わります。月額利用料:700円(税別)
備考	・注文書をご返送いただきました医院様より、お振込み口座のご案内をさせていただきます。 ・ご入金のご確認ができ次第、補助金申請に必要な申請書類(領収証)をご指定のメールアドレスにお送りいたします。 ※医療扶助の補助金申請は、オンラインのみの対応となっておりますため、PDFファイル(データ)をお送りいたします。