

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。

納品予定日	要相談(11月25日まで)
お支払条件	現金振込 ※請求書は12月1日までにメールで送信いたします。
お支払日	2025年12月10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、設定マニュアルをお送りさせていただきます。その後請求書を送付させていただき、お振込みをお願いいたします。 ・ご入金の確認後、12月26日までに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。