

お取引先様 各位

〒124-0011 東京都葛飾区四つ木3-7-12
 東産業株式会社 経理部
 TEL:03-3694-6392 FAX:03-3694-6720
 E-mail: azuma-keiri-01@8929.co.jp

お取引に関する確認

拝啓 貴社ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃より、御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、弊社のお取引決済条件を御案内しますので、ご確認下さいます様お願い申し上げます。

※別紙3枚のご提出をお願いいたします。

敬具

1 全ての伝票に、日付・弊社担当者名・工事内容(商品名)・工事現場名(場所及び物件No.)を記載ください。

※物件No.など不明な点がありましたら、営業又は施工担当者にご確認ください。

2 請求書の書式は、弊社の書式がございます。宜しければご利用下さい。

但し、御社の書式をご利用の場合、1の記載が必須となります。

3 手間・工賃が関わる際は、現場完了後直ちに納品書・作業完了書・請求書等をご送付下さい。

(原則として出来高払いは致しません)

4 弊社の支払条件は下記の通りです。

【請求締切日】…月末締め：第4営業日必着（遅れると次月のお支払いとさせていただきます）

※期日に間に合わない場合はメールまたはFAXでも可能です。

（例：2022年の場合、9/1~9/30分の請求書は10/6までに郵送またはメール必着。

10/7着は10/1~31分の請求扱いとなります）

【支払条件】…… 請求額が下記の金額になりますと半金半手となります。

材料などの請求額 ¥500,000円(税込)以上

工事費などの請求額 ¥1,000,000円(税込)以上

（例：工事費で1,200,000円の場合、60万円10/20に手形・60万円10/21に振込）

【支払日】……現金：月末締め翌月21日振込（金融機関が休みの場合は翌営業日となります）

手形：月末締め翌月20日振出 支払期日120日

（例：2022/9/30締め 振出日2022/10/20 支払期日2023/2/21）

※振込手数料・手形書留料・でんさい手数料につきましては、貴社負担となります。

2022年9月							2022年10月						
日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3					1	2	3
4	5	6	7	8	9	10	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30		25	26	27	28	29	30	
							31						

9/1~30の請求書は10/6日が締切日です

手形振出日は20日

振込での支払日は21日

貴社名	フリガナ		
ご住所	フリガナ		
	〒		
ご連絡先	TEL		FAX
URL			
E-mail			
インボイスNo.有無	<input type="checkbox"/>	登録済であれば登録番号	
	<input type="checkbox"/>	申請を行う行予定	予定あり ・ 予定なし
	<input type="checkbox"/>	登録申請予定の時期	年 月ごろ
	<input type="checkbox"/>	申請されない方へ（理由）	
代表者	役職		氏名
業務担当者	所属部署		役職
	氏名		ご連絡先
御社情報	創業年月		社員数
	資本金		ご年商
主なお取引先			
決算日			
振込先口座番号	銀行	支店	
お支払条件	【新規】	<input type="checkbox"/>	別紙にて了承しました。
	【継続】	<input type="checkbox"/>	従来通りで了承しました。
<p>【問1】お取引会社様の法人(株式会社、有限会社)か、公人事業主(一人親方)かお答えください。</p> <p><input type="checkbox"/> 法人(株式会社、有限会社)</p> <p><input type="checkbox"/> 個人事業主(一人親方)</p> <p>【問2】5名以上の労働者(請負ではなく、人件費として)を雇われていますか？</p> <p>【問1】で個人事業主とお答え頂きましたお取引会社様のみご回答ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 雇っている</p> <p><input type="checkbox"/> 雇っていない</p>			

お取引会社様情報確認書

健康保険

加入状況及び種類

- 健康保険組合加入
 協会健康保険加入
 国民健康保険加入
 国民健康保険(適用除外による) ※1
 未加入

保険名称

年金保険

保険名称及び状況

- 厚生年金
 国民年金
 未加入
 受給者

厚生年金事業所番号※3

資格所得年月日

個人基礎年金の有無※2

有	無
---	---

(例：2013/01/01)

雇用保険

加入状況

- 加入
 未加入
 対象外

事業所の加入番号

労災保険(※特別加入者は除く)

労災保険番号(継続事業)※4

加入	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>

労災保険番号(有期事業)※5

加入	府県	所掌	管轄	基幹番号	枝番号
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>	- <input type="text"/>

労災保険特別加入(個人事業主のみ記入)

一人親方	加入組合又は団体名称	労災保険番号
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- ※1 国民健康保険の適用除外 : 後期高齢者医療制度利用者、生活保護を受けている世帯に属する方
- ※2 基礎年金 : 個人の年金
- ※3 厚生年金事業所番号 : 事業所の番号(事務所整理記号でも可)
- ※4 労災保険の継続事業 : 事業の期間が予定されていない事業(工場、商店、事務所など)
- ※5 労災保険の有期事業 : 事業の期間が予定される事業(建設現場など)