

# Hospital Invoice Form

Invoice No.

Date

Patient Name

Patient ID

Address

Doctor

Admission Date

Discharge Date

Description	Quantity	Unit Price	Amount
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Subtotal</b>			<input type="text"/>
<b>Tax (%)</b>			<input type="text"/>
<b>Total</b>			<input type="text"/>

Notes / Remarks

Prepared By