

領 據

茲向 先生領到住院看護費共計新台幣 萬 仟 佰 拾 元整（看護
期間自 年 月 日至 年 月 日共計 天，每日新台幣 元）。

此據

具領人：
住 址：
身分證字號：
電 話：

中 華 民 國 年 月 日