附件五

看　護　費　用　收　據

(由醫院看護人員填寫並檢附結業證明書、身分證影本及證照影本)

茲證明申請人　　先生（女士），支付

自　年　月　日　時　分起至　年　月　日　時　分止，住院看護費用。每日　　元，共計　　日　　小時，

新台幣　　拾　　萬　　仟　　佰　　拾　　元整

確實無訛。

(若有小時，請填寫上幾日幾小時)

此　　據

具　領　人：　　蓋章：

身份證字號：

地　　址：

中　華　民　國　　年　　月　　日