

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 日起至 年 月 日止，
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