

## 看護費用收據

茲領到 \_\_\_\_\_君自 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日起至  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日止住院看護費用，每日 \_\_\_\_\_元，  
共計 \_\_\_\_\_日，計新台幣 \_\_\_\_\_萬 \_\_\_\_\_仟 \_\_\_\_\_佰 \_\_\_\_\_拾  
元整，確實無訛。且兩人確實無親屬關係，如有不實願負法律  
責任。

具領人(看護)：

簽名蓋章(私章)：

住 址：

身分證字號：

電 話：

醫院名稱：

中華民國

年

月

日