**看 護 費 用 收 據**

茲領到 ◯ ◯ ◯ 先生/女士 支付自 110 年 1 月 1 日起至 110 年 1 月 31 日計 31 日住院看護費用，每日 **貳仟肆佰** 元，共計新台幣 **柒萬肆仟肆佰** 元整，確實無訛。

此 據

具領人：**萬事答** 蓋章

身分證字號：**A123456789**

住址：**台北市◯◯區◯◯路◯◯號**

電話：**0968-880-580**

中 華 民 國 110 年 1 月 31 日