**領　　　　據**

|  |  |
| --- | --- |
| 茲向連江縣衛生福利局領取 | □住院期間醫療費用   * 住院期間看護費用 * 其他( ) |

共計 新台幣 萬 　仟 　佰 　拾 元整

申請人簽名/蓋章：   
具領人簽名/蓋章：

身分證字號：

|  |  |
| --- | --- |
| 戶籍住址： | □□□  　　　市（縣）　 區（鄉鎮市） 里（村） 鄰  路（街） 段 巷 弄 號 樓 |

電話：（　　）

金融機構名稱： 郵局/銀行 支局/分行

局號/帳號：

戶名：

中 華 民 國　 　年　　　 　　月　　　　 　日