

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