收 據

|  |  |
| --- | --- |
| 受領事由 | 二代健保補充保費 |
| 給付金額 | 新台幣 萬 仟 佰 拾 元整 |
| 機關名稱 | 剛恆毅學校財團法人新北市天主教恆毅高級中學 |
| 受領人簽名 | 地 址 |  |
|  | 身分證字號 |  |
| 中 華 民 國 年 月 日 |

(支出證明單)