

(機關名稱) 黏貼憑證用紙

憑證編號	預 算 科 目		金 額								用 途 說 明	請勾選領取支票方式： ☐ 1. 自領 ☐ 2. 郵寄 ☒ 3. 電匯 (存帳)
			仟萬	佰萬	拾萬	萬	仟	佰	拾	元		
第 號	業務計畫										「40 歲以上健康檢查」補助費用	請勾選郵寄支票金額壹萬元以下是否加劃平行線 2 道： 是 ☐ 否 ☐

經 辦 人	業 務 主 管	主 (會) 計 室	機 關 首 長
驗收 (證明) 人			

憑 證 黏 貼 線

機關名稱			
姓 名		性 別	
身 分 證 統 一 編 號			
服務單位			
職 稱		職 等	
補 助 金 額	新臺幣： 元整		
檢 證 附 件	健康檢查費用收據正本、存摺影本		
茲領到			
健康檢查補助費用計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整。 此據			
具領人： (簽名蓋章)			
中 華 民 國 年 月 日			