

病房費證明書

患者 (姓名) 因 (病名) 自 年 月 日起至 年 月 日住院治療，住院期間病房費係屬—
 自行指定
 醫院當時無健保給付病房，計新臺幣 元整無訛。

此證

證明人—醫院：
單位：
職稱：
姓名： (簽章)

中華民國 年 月 日
(請核醫院章)