**領 據**

**茲收到 啟英學校財團法人桃園市啟英高級中等學校**

**計新臺幣 元整**

**領 款 人 ： 電話：**

**身份證字號：**

**服務單位及職稱: Mail：**

**地 址：**

**中 華 民 國 年 月 日**

註：依健保法第31條第1項各類所得時，其單次給付金額達新台幣26,400元者，應按規定扣取個人補充保險費2.11％。