

请将填写完毕的表格和收据邮寄至：

NYS Medical Indemnity Fund
 c/o AliCare
 P.O. Box 5441
 White Plains, NY 10602-5441
 传真：(212)844-7796

纽约州医疗损害赔偿基金会
 差旅费报销申请表

会员姓名：_____

会员编号：_____

出行目的（包括随行人员的姓名）：

选择相应的选项

出行日期	交通工具 (把符合情形的都圈上) 轿车、货车、火车、飞机、救护车	详细说明必要的过夜住宿情形(如有)	详细说明旅途中产生的任何燃油费	列出与本次出行有关的任何其他费用	费用
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

必须附上所有证明文件

费用总额 \$ _____

本人在此证明：上述信息准确无误，任何其他机构都没有报销任何上述项目的任何金额，其他机构也没有暂缓报销此类项目。

与会员的关系：_____

印刷体姓名：_____

签名：_____

日期：_____