New York State

의료배상기금

본 양식을 작성하시고 영수증과 함께 다음으로 제출하십시오:

NYS Medical Indemnity Fund
c/o AliCare
P.O. Box 5441
White Plains, NY 10602-5441
팩스: **(212)844-7796**
메일: **MIF@dfs.ny.gov**

뉴욕 의료배상기금
일반 지불배상 청구 양식

등록된 사람 이름: _____ 등록된 사람 이름**ID #:**_____

밑의기재되는 각 사항/서비스에서 해당하는 사항의 네모상자에 표시하십시오

치료 및 서비스 날짜	배상되어야 할 사항/서비스	코페이 디덕터블 공제, 공동보험 (해당사항에 다 동그라미 치십시오)	치료, 쎄라피	처방약/일반 약품	내구성 의료 기기	간호	임시 간호나 위탁	기타	해당 사항/서비스 비용
									$
									$
									$
									$
									$
									$
									$

모든 관련된 서류를 첨부하셔야 합니다

총비용 $_____

저는 위에 기재한 사항들이 정확하고 또 이 중에서 다른 곳으로부터 어떠한 금액도 배상받은 것이 전혀 없고 또 다른 곳에서 지불배상을 기다리고 있는 것이 없음을 서약합니다.

등록된 사람과의 관계: _____ 이름 (인쇄체): _____

서명: _____ 날짜: _____