New York State

의료보상기금

작성 완료된 신청서 및 영수증을 아래 주소로 제출해 주십시오:

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

뉴욕 주 의료보상기금
여행비 보상 신청서

등록자 이름**:** _____

등록자 **ID** 번호**:** _____

여행 목적(등록자와 함께 여행한 사람들의 이름도 기재해 주십시오): _____

아래 해당 사항에 체크 표시하십시오.

여행일자	이용교통수단 *(해당하는 모든 항목을 기재하십시오)* 승용차, 밴, 기차, 항공기, 장애인 이송 특수차	필요 숙박(있는 경우) 내역	본 여행으로 지출한 연료비 내역	본 여행과 관련한 추가 비용 내역	비용
					$
					$
					$
					$
					$
					$
					$

모든 증빙 서류를 반드시 첨부하셔야 합니다**.**

비용 합계 **$**_____

나는 위에 제공한 정보가 정확하고, 이들 비용 항목 중 어느 것도 기타 재원으로부터 전혀 보상 받은 적이 없으며, 기타 재원으로부터 보상을 기다리는 중이 아님을 확인합니다.

등록자와의 관계: _____ 이름: _____

서명: _____ 날짜: _____