



交通費用證明書

茲為證明受害人 於 年 月 日
在 縣(市) 發生交通事故致傷，自 年 月 日
至 年 月 日止，所支出之往返門診、轉診及出院等
相關交通費用(如附表明細)共計新台幣 萬 仟 佰
拾 元整，請 貴公司查核。

此致

新安東京海上產險股份有限公司

證明人： (簽章)

身分證號碼：

地址：

附表明細：

日期	起 迄 地 點	次數	單次金額	小 計
	↔			
	↔			
	↔			
	↔			
	↔			
	↔			
	↔			
金額合計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整				

中 華 民 國 年 月 日