뉴욕주
노동자 보상 위원회

청구인의 진료 및 이동 경비 기록과 배상 요청

청구인 이름	WCB 케이스 번호	사회보장번호
거주지 주소	우편 주소(거주지와 다른 경우)	

상기 노동자 보상 케이스와 관련하여 귀하는 (1) 의료 서비스 제공자가 적절한 방식으로 처방하고 귀하가 직접 지불한 약 또는 물품과 (2) 의료 서비스 제공자의 사무실 혹은 병원을 왕복할 때 발생한 요금, 차량 연료 또는 기타 필수 비용을 배상받을 수 있습니다.

당국은 해당 비용의 기록을 보관하는 데 도움이 될 수 있도록 이 양식을 제공합니다. 적절하게 배상이 이루어지는지 확인할 수 있도록 영수증 유무와 관계없이 각 경비 항목을 아래에 기재하십시오(가능한 경우 항상 영수증을 받으십시오). **작성된 양식과 모든 영수증 또는 청구서의 사본을 노동자 보상 보험회사(혹은 자체 보험 부담 고용주)와 노동자 보상 위원회에 제출하십시오.** (뒷면의 이사회 주소 참조) 나중에 참고할 수 있도록 영수증과 청구서의 사본을 보관할 것을 권장합니다.

경비 유형	날짜	금액

뒷면에서 계속.

경비 유형	날짜	금액

뉴욕주 노동자 보상 위원회 중앙 우편물 수령지
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

이메일 제출: wcbclaimsfiling@wcb.ny.gov
www.wcb.ny.gov