

劃底線處務必填寫
劃框處蓋章

110 年 1 月修正

交通費用證明書

茲為證明受害人_____於_____年_____月_____日_____時許發生交通事故致傷，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，爰列相關費用如下明細表。

此致

財團法人汽車交通事故特別補償基金



證明人：_____ (簽章)

身分證號碼：_____

中華民國_____年_____月_____日

明 細 表

就醫日期	起迄地點	單次金額	次數	小計
	←→			
	←→			
	←→			
	←→			
	←→			
	←→			
	←→			
	←→			
	←→			
	←→			
	金額合計：新臺幣_____元整			