

交通費用證明書

茲為證明受害人 於 年 月 日發生交通事故，自 年 月 日
至 年 月 日止，所支出之往返門診、轉診或出院等相關交通費用（如
下明細表），請 貴公司查核。

日期	起訖地點	次數	單次金額	金額小計
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
年 月 日至 年 月 日	↔			
金額合計：		元整		

此致

產物保險股份有限公司

受 害 人：
身分證號：
居住地址：

中 華 民 國 年 月 日