

请将填妥的表格邮寄至：
 Department of Labor and Industries
 PO Box 44269
 Olympia WA 98504-4269



出行报销申请

- 您必须获得索偿经理的事先授权。详见 [WAC 296-20-1103](#)。
- 开始前，请阅读背面的说明。
- 前往接受独立医疗检查 (Independent Medical Examination, IME)? 请在线访问 www.Lni.wa.gov 或点击 "Get a Form or Publication" (获得表格或出版物) 查找 IME 出行表格 ([F245-224-000](#))。

雇员信息 (请用正楷填写)			索偿编号
姓名 (姓、名、中间名缩写)			受伤日期
家庭地址 (非邮政信箱)			
城市	州	邮政代码	电话号码

出行原因 (每份表格仅勾选一种出行类型)

- 医疗就诊或治疗
 职业服务
 参加再培训课程 (请附上经您的职业顾问签署的"交通负担表格"[F245-375-000](#))

出行信息 – 说明与示例见背面

您是否已附上费用收据? 是 否

	A. 日期 (每次出行) 月/日/年	B. 出行代码 (一行填写一个代码 — 详见表格背面)	C. 出发 (城市)	D. 到达 (城市)	E. 提供者姓名与就诊原因	F. 里程数 (仅填写往返的 最短直达路程)	G. 费用成本 (请附上收据)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

要求：必须经提供者或诊所工作人员签名，以证明您的约诊。

1	日期	5	日期
2	日期	6	日期
3	日期	7	日期
4	日期		

要求：必须经雇员签名

这些费用与我的劳工补偿索偿有关，并且我还未获得这些费用的报销。我了解，蓄意提交虚假信息是犯罪行为。我已阅读并理解本表背面的说明。

雇员正楷姓名 _____ 雇员签名 _____ 日期 _____

进行首次就诊之后，仅在您满足以下条件时，我们才能报销您的出行索偿：

- 获得索偿经理的授权，并且
- 您就诊的提供者属于 L&I 提供者网络（例外情况详见以下链接）。

说明：每一栏均需填写。

- **A 栏：**出行日期（一行填写一个日期）。
- **B 栏：**一行仅填写一个代码。代码如下所示。
- **C 栏：**出发城市。
- **D 栏：**到达城市。
- **E 栏：**您就诊的提供者和出行原因。
- **F 栏：**出行往返总里程数。
- **G 栏：**每项费用的美元金额（食物、住宿、交通费、停车费）。一行仅填写一项费用。请务必附上所有收据副本，\$10 以下的停车费除外。所有收据均需逐条列出，并且清晰可见。不接受信用卡收据。

出行代码

费用	医疗服务	职业服务	再培训
私家车里程数	0401A	V0028	0301R
停车费	0402A	0402A	0302R
过桥费、船渡费	0403A	0403A	0303R
商业交通	0405A	0405A	0304R
的士	0414A	0414A	联络您的职业顾问
住宿	0406A	0406A	联络您的职业顾问
早餐	0407A	0407A	联络您的职业顾问
午餐	0408A	0408A	联络您的职业顾问
晚餐	0409A	0409A	联络您的职业顾问

签名

- **医疗就诊：**需经您看诊的提供者或诊所工作人员签名，以验证每次就诊日期。
- **职业和再培训服务：**需经您的职业顾问签名，以验证每次出行日期。
- **雇员签名：**您需签署本表，以获得报销。

示例

	A. 日期 (每次出行) 月/日/年	B. 出行代码 (一行填写一个代码— 详见表格背面)	C. 出发 (城市)	D. 到达 (城市)	E. 提供者姓名与就诊原因	F. 里程数 (仅填写往返的 最短直达路程)	G. 费用成本 (请附上收据)
1	08/08/2016	0401A	Olympia	Seattle	Smith 医生；术后就诊	120	
2	08/08/2016	0402A					\$25.00

需要寻找附近的 L&I 网络内提供者？

请访问 www.Lni.wa.gov/FindADoc 的“Find-A-Doc”（查找医生）。

需要更多帮助或信息？

请访问 www.Lni.wa.gov 并点击“**Injured Workers**”（受伤雇员）选项或拨打 1-800-547-8367。

请访问 apps.Leg.wa.gov/WAC/ 并搜索 WAC [296-20-1103](#)，阅读完整的“出行费用 WAC”(Travel Expense WAC)。