

SOUTH CAROLINA

TRAVEL EXPENSE REIMBURSEMENT

Employee		Claim number	Injury/Illness date
Employer			
Trip date	Physician/Hospital/Therapist	Physical Address City, State, ZIP	Round-trip mileage
Total mileage			

Note: For mileage reimbursement, each trip must exceed five miles each direction and be submitted on a round-trip basis.

Employee signature _____

Date _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com

CAROLINA DEL SUR

REEMBOLSO DE GASTOS DE VIAJE

Empleado		Número de reclamo	Fecha de la lesión/enfermedad
Empleador			
Fecha del viaje	Médico/Hospital/Terapeuta	Dirección física Ciudad, Estado, Código Postal	Millaje del viaje ida y vuelta
Millaje total			

Nota: Cada viaje debe superar las cinco millas por via y se debe presentar en forma de ida y vuelta para calificar para el reembolsos de millaje.

Firma del empleado_____

Fecha _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com