

Transit and Parking Claim Form

Personal Information	Employee Name	Company Name
	Home Address	Address Change <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Social Security Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

For Quick Claim Processing: <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fully Complete & Sign this Claim Form ▶ Attach a copy of supporting receipts, vouchers, bills, etc. ▶ All receipts must detail each of the items summarized below ▶ Please print when using this form ▶ Minimum Total Reimbursement \$25 	For Account Balance: Go To www.NBSbenefits.com Or Call (801) 838-7324 or (888) 353-9125 <small>Please allow 48 hours for claims to be processed</small>
---	---

Parking Expenses <small>(Please list one expense per line)</small>	Date of Service <small>Mo Day Yr</small>	Service Provider		Amount
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	Total Parking Expenses			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Transit Expenses <small>(Please list one expense per line)</small>	Date of Service <small>Mo Day Yr</small>	Service Provider		Amount
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
	Total Transit Expenses			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

Employee Signature	I, the undersigned, attest that to the best of my knowledge these statements are complete and true. I authorize the release of any medical information to my spouse. I certify these expenses are for valid services provided on the dates indicated and will not be reimbursed or claimed under any other Plan, claimed as a Tax Deduction or Tax Credit.	
	Employee Signature X	Date

Please fax or mail your claim form and receipts to the following:

Mail: National Benefit Services, LLC P.O. Box 6980, West Jordan, UT 84084
FAX: Salt Lake City Area Fax: (801) 355-0928 Toll Free Fax: (800) 478-1528
Email: claims@NBSbenefits.com (PDF, TIFF or JPEG files only)