

แบบขอเบิกสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วน

1. ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____
สังกัด _____ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ _____

2. ประเภทบุคลากร

- ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย
☐ ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย

ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับ

- ☐ ตนเอง
☐ คู่สมรส ชื่อ - สกุล _____
☐ บุตร ชื่อ - สกุล _____
☐ บุตร ชื่อ - สกุล _____

ประเภทของค่ารักษาพยาบาล

- ☐ **ผู้ป่วยใน (IPD)** เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ _____ ถึงวันที่ _____
☐ **ผู้ป่วยนอก (OPD)** วัน/เดือน/ปี ที่รับการรักษา _____

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการขอเบิก ดังนี้

- ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ของสถานพยาบาล _____
ฉบับลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท
- ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ของสถานพยาบาล _____
ฉบับลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท
- ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ของสถานพยาบาล _____
ฉบับลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท
- ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ของสถานพยาบาล _____
ฉบับลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท

เอกสารอื่น ๆ ระบุ _____

รายละเอียดการโอนเงิน (กรณีส่งเบิกครั้งแรก หรือขอเปลี่ยนแปลง)

ชื่อนาคาร _____ ชื่อบัญชี _____

เลขที่บัญชี _____

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิกสวัสดิการ

วันที่ _____