

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล
การประกันสุขภาพ (กลุ่ม) บริษัท ไทยสมุทระกันชีวิต จำกัด

- ชื่อ-สกุล
 - สายงาน อาจารย์ (พจน.มธ.) ขรก. พจน.มธ. พนง.(ชื่อส่วนงาน) พนง.เงินรายได้ ประเภทประจำ
 - หน่วยงาน โทร. มือถือ
 - ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ
 ข้าพเจ้า บุคลากรสมทบที่ซื้อประกันเอง
 บุคลากรสมทบที่มหาวิทยาลัยซื้อประกันให้
 คำสมรส ชื่อ-สกุล
 - บุตร ชื่อ-สกุล
 - บิดา ชื่อ-สกุล
 - มารดา ชื่อ-สกุล
5. วันที่เข้ารับรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ และวันที่ รวมเงิน บาท
ขอเบิกส่วนของบริษัทไทยสมุทระกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน บาท
6. หลักฐานที่แนบพร้อมสำเนา 1 ชุด (แนบทั้ง 2 อย่าง)
 ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา 1 ชุด
 ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา 1 ชุด
7. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ของธนาคาร บัญชีเลขที่
- ลงชื่อ
(.....)
วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ไม่เคยแจ้งเลขที่บัญชี โปรดส่งสำเนาเลขที่บัญชีเงินฝากธนาคารให้งานสวัสดิการ
(ไม่รับเลขที่บัญชี สอมธ) ****กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงนะคะ****

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล
การประกันสุขภาพ (กลุ่ม) บริษัท ไทยสมุทระกันชีวิต จำกัด

- ชื่อ-สกุล
 - สายงาน อาจารย์ (พจน.มธ.) ขรก. พจน.มธ. พนง.(ชื่อส่วนงาน) พนง.เงินรายได้ ประเภทประจำ
 - หน่วยงาน โทร. มือถือ
 - ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ
 ข้าพเจ้า บุคลากรสมทบที่ซื้อประกันเอง
 บุคลากรสมทบที่มหาวิทยาลัยซื้อประกันให้
 คำสมรส ชื่อ-สกุล
 - บุตร ชื่อ-สกุล
 - บิดา ชื่อ-สกุล
 - มารดา ชื่อ-สกุล
5. วันที่เข้ารับรักษาพยาบาล ตั้งแต่วันที่ และวันที่ รวมเงิน บาท
ขอเบิกส่วนของบริษัทไทยสมุทระกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน บาท
6. หลักฐานที่แนบพร้อมสำเนา 1 ชุด (แนบทั้ง 2 อย่าง)
 ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา 1 ชุด
 ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) พร้อมสำเนา 1 ชุด
7. โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ของธนาคาร บัญชีเลขที่
- ลงชื่อ
(.....)
วันที่

หมายเหตุ กรณีที่ไม่เคยแจ้งเลขที่บัญชี โปรดส่งสำเนาเลขที่บัญชีเงินฝากธนาคารให้งานสวัสดิการ
(ไม่รับเลขที่บัญชี สอมธ) ****กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงนะคะ****

ผู้ตรวจสอบเอกสาร

.....
นางกุลธิดา ดีบุญนะ
...../...../.....