

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล
การประกันสุขภาพ (กลุ่ม) บริษัท ไทยสมุทระกันชีวิต จำกัด

1. ชื่อ-สกุล

2. สายงาน อาจารย์ (พจน.มธ.) ขรก. พจน.มธ. พนง.(ชื่อส่วนงาน) พนง.เงินรายได้ ประเภทประจำ

3. หน่วยงาน โทร. มือถือ

4. 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) ****กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงนะคะ****

แบบฟอร์มการเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล
การประกันสุขภาพ (กลุ่ม) บริษัท ไทยสมุทระกันชีวิต จำกัด

1. ชื่อ-สกุล

2. สายงาน อาจารย์ (พจน.มธ.) ขรก. พจน.มธ. พนง.(ชื่อส่วนงาน) พนง.เงินรายได้ ประเภทประจำ

3. หน่วยงาน โทร. มือถือ

4. 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) ****กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจงนะคะ****

ผู้ตรวจสอบเอกสาร

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