

แบบรับรองการใช้สิทธิสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับบุคคลในครอบครัว (คู่สมรสหรือบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย)

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____
สังกัด _____ เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยที่มีคู่สมรส ซึ่งมีอายุไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์
ชื่อ-สกุล _____ เลขบัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□□
วัน เดือน ปี เกิด _____ และ/หรือมีบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ดังนี้

บุตรคนที่ 1 ชื่อ-สกุล _____
เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ วัน เดือน ปี เกิด _____

บุตรคนที่ 2 ชื่อ-สกุล _____
เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ วัน เดือน ปี เกิด _____

บุตรคนที่ 3 ชื่อ-สกุล _____
เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ วัน เดือน ปี เกิด _____

บุตรคนที่ 4 ชื่อ-สกุล _____
เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ วัน เดือน ปี เกิด _____

ประสงค์จะขอใช้สิทธิสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับคู่สมรส และบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายซึ่งมีอายุไม่เกิน
ยี่สิบสามปีบริบูรณ์ จำนวนไม่เกิน 3 ราย ดังนี้

บุตรคนที่ 1 ชื่อ-นามสกุล _____

บุตรคนที่ 2 ชื่อ-นามสกุล _____

บุตรคนที่ 3 ชื่อ-นามสกุล _____

(ลงชื่อ) _____ (พนักงานมหาวิทยาลัย)

(_____)

วันที่ _____

■ รายการเอกสารประกอบการรับรองสิทธิ (เอกสารทุกฉบับให้พนักงานมหาวิทยาลัยเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง)

กรณีคู่สมรส

- สำเนาทะเบียนสมรส
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับสิทธิ

กรณีบุตร

- สำเนาสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (ถ้ามี) ของผู้รับสิทธิ
- สำเนาทะเบียนการรับรองบุตร หรือ สำเนาคำสั่งศาลหรือคำพิพากษาให้เป็นบิดาของบุตร (กรณีเป็นบุตรนอกสมรสที่บิดาเป็นผู้ขอใช้สิทธิ)