

## แบบขอเบิกสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วน

1. ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_  
สังกัด \_\_\_\_\_ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

### 2. ประเภทบุคลากร

- ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยทักษิณ ฝ่ายประถม ☐ อุทยานวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมสังคม  
☐ ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ☐ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยทักษิณ ฝ่ายมัธยม

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 \_\_\_\_\_