



# บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานมหาวิทยาลัย โทร. ๗๒๒๔

ที่ อว ๘๒๐๒.๐๑/๐๕๖๘

วันที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งแนวปฏิบัติประกันสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรียน อธิการบดี รองอธิการบดี ผู้ช่วยอธิการบดี คณบดี ผู้อำนวยการ หัวหน้าสำนักงาน หัวหน้าหน่วย  
หัวหน้าฝ่ายและหัวหน้างาน

ตามที่มหาวิทยาลัยได้ดำเนินการจัดซื้อประกันสุขภาพสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยและบุคลากรในครอบครัว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยวิธีคัดเลือก ไปแล้วนั้น ปรากฏว่า บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้รับคัดเลือกเป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย และบุคลากรในครอบครัว

เพื่อให้การดำเนินการด้านประกันสุขภาพสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยและบุคลากรในครอบครัว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ และสมาชิกสมทบ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล จึงขอแจ้งแนวปฏิบัติการประกันสุขภาพสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย และบุคลากรในครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. พนักงานมหาวิทยาลัยที่ได้ระบุสิทธิประกันสุขภาพของบุคคลในครอบครัวแล้ว จะได้รับบัตรเมืองไทยเฮลท์แคร์จากบริษัท
๒. พนักงานมหาวิทยาลัยที่ได้ระบุสิทธิประกันสุขภาพของบุคคลในครอบครัวแล้ว แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ มีความประสงค์จะขอเปลี่ยนแปลงรายชื่อบุคคลในครอบครัว สามารถแจ้งความประสงค์ไปยังฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ โดยให้ส่งแบบรับรองการขอใช้สิทธิสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มสำหรับบุคคลในครอบครัว (คู่สมรสหรือบุตรที่ขอด้วยกฎหมาย) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
๓. พนักงานมหาวิทยาลัยที่ประสงค์จะซื้อประกันสุขภาพให้คู่สมรส และ/หรือบุตร นอกเหนือจากสิทธิที่ได้รับจากมหาวิทยาลัย ให้ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัคร พร้อมชำระเบี้ยประกัน ในอัตรารายละ ๑๒,๓๔๔ บาท โดยมีเงื่อนไขดังนี้
  - ๓.๑ คู่สมรสจะต้องมีอายุไม่เกิน ๖๕ ปีบริบูรณ์
  - ๓.๒ บุตร จะต้องมียุ่ไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์ และอายุไม่เกิน ๒๐ ปีบริบูรณ์ ยกเว้น บุตรที่กำลังศึกษาอยู่ ได้รับความคุ้มครองจนถึงอายุ ๒๕ ปีบริบูรณ์ โดยต้องแนบเอกสารแสดงสถานภาพการเป็นนักศึกษาตามปีการศึกษา พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
  - ๓.๓ หลักฐานการสมัคร
    - ๓.๓.๑ กรณีเคยเป็นสมาชิกสมทบในปีงบประมาณที่ผ่านมา ให้ยื่นเฉพาะใบสมัคร โดยไม่ต้องแนบหลักฐาน
    - ๓.๓.๒ กรณียังไม่เคยเป็นสมาชิกสมทบ จะต้องดำเนินการดังนี้
      - คู่สมรส หรือบุตรที่มีอายุ ตั้งแต่ ๗ ปีบริบูรณ์ ให้กรอกแบบฟอร์มแถลงสุขภาพ และแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
      - บุตรที่มีอายุต่ำกว่า ๗ ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา กรอกแบบฟอร์มแถลงสุขภาพและแนบสำเนาสมุดฉีดยกเว้นทุกหน้าที่มีการบันทึกรายละเอียดของบุตร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๔. ชำระเงินผ่านฝ่ายการคลังและบริหารสินทรัพย์ วิทยาเขตสงขลา หรือวิทยาเขตพัทลุง ทั้งนี้ การดำเนินการยื่นใบสมัครและ/หรือหลักฐานการสมัคร พร้อมชำระเงินให้ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ทั้งนี้ค่าธรรมเนียมจะมีผลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖
๕. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพกลุ่ม รายละเอียดประกันสุขภาพกลุ่มสำหรับผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยและบุคคลในครอบครัว รายชื่อโรงพยาบาลคู่สัญญาเมืองไทย เฮลท์แคร์ และแบบแถลงสุขภาพ สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล หัวข้อสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ เลือกประกันสุขภาพกลุ่ม
- จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยในสังกัดทราบและดำเนินการ

ต่อไป



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นพดล ศุภระกาญจน์)

รองอธิการบดีฝ่ายบริหารและกิจการสภามหาวิทยาลัย