เอกสารหมายเลข ๑

แบบรับรองการขอใช้สิทธิสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับบุคคลในครอบครัว
(คู่สมรสหรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
..

ข้าพเจ้า .... ตำแหน่ง ....
สังกัด .... เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยที่มีคู่สมรส ซึ่งมีอายุไม่เกิน
หกสิบปีบริบูรณ์ ชื่อ – สกุล .... เลขบัตรประชาชน ....
วัน เดือน ปีเกิด .... และ/หรือมีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งมีอายุไม่เกินยี่สิบปี
บริบูรณ์
ดังรายนามต่อไปนี้

๑. ชื่อ – สกุล .... เลขบัตรประจำตัว
ประชาชน .... วัน เดือน ปี เกิด ....

๒. ชื่อ – สกุล .... เลขบัตรประจำตัว
ประชาชน .... วัน เดือน ปี เกิด ....

โดยประสงค์จะขอใช้สิทธิสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับบุคคลในครอบครัว (คู่สมรสหรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย) จำนวน ๒ ราย ได้แก่

๑. ชื่อ – นามสกุล ....

๒. ชื่อ – นามสกุล ....

กรณีข้าพเจ้า มีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายร่วมกันกับพนักงานมหาวิทยาลัยทักษิณ
ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ....

ข้าพเจ้าจะขอเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากประกันสุขภาพกลุ่มแต่เพียงฝ่ายเดียว

ลงชื่อ ....(พนักงานมหาวิทยาลัย)

(..)
วันที่ ....

<u>รายการเอกสารประกอบการรับรองสิทธิ</u> (เอกสารทุกฉบับให้พนักงานมหาวิทยาลัยเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง)

<u>กรณีคู่สมรส</u> ๑. สำเนาทะเบียนสมรส
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

<u>กรณีบุตร</u> ๑. สำเนาสูติบัตร
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
๓. หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร (กรณีผู้ใช้สิทธิเป็นชายที่มิได้จดทะเบียนสมรส)