

แบบรับรองการขอใช้สิทธิสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับบุคคลในครอบครัว (คู่สมรสหรือบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย)

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____
สังกัด _____ เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยที่มีคู่สมรส ซึ่งมีอายุไม่เกิน
หกสิบปีบริบูรณ์ ชื่อ-สกุล _____ เลขบัตรประชาชน
วัน เดือน ปี เกิด _____ และ/หรือมีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายซึ่งมีอายุไม่เกินยี่สิบปีบริบูรณ์
ดังรายนามต่อไปนี้

1. ชื่อ-สกุล _____ เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 วัน เดือน ปี เกิด _____

2. ชื่อ-สกุล _____ เลขบัตรประจำตัวประชาชน
 วัน เดือน ปี เกิด _____

โดยประสงค์จะขอใช้สิทธิสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับบุคคลในครอบครัว (คู่สมรสหรือบุตรที่ชอบด้วย
กฎหมาย) จำนวน 2 ราย ได้แก่

1. ชื่อ-นามสกุล _____

2. ชื่อ-นามสกุล _____

ข้าพเจ้า มีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายร่วมกันกับพนักงานมหาวิทยาลัยทักษิณ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)

ข้าพเจ้าจะขอเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากประกันสุขภาพกลุ่มแต่เพียงฝ่ายเดียว

(ลงชื่อ) _____ (พนักงานมหาวิทยาลัย)

(_____)

วันที่ _____

รายการเอกสารประกอบการรับรองสิทธิ (เอกสารทุกฉบับให้พนักงานมหาวิทยาลัยเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง)

- กรณีคู่สมรส**
- สำเนาทะเบียนสมรส
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

- กรณีบุตร**
- สำเนาสูติบัตร
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
 - หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร (กรณีผู้ใช้สิทธิเป็นชายที่มีได้จดทะเบียนสมรส)