

# แบบรับรองการขอใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบิดา มารดา กรณีพนักงานมหาวิทยาลัยที่มีได้สมรสและไม่มีบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

สังกัด \_\_\_\_\_ เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยที่มีได้สมรส ไม่มีบุตรที่ชอบ

ด้วยกฎหมาย และเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมายของบิดา มารดา ดังรายนามต่อไปนี้

1. บิดา ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ เลขบัตรประจำตัวประชาชน

\_\_\_\_\_ วัน เดือน ปี เกิด \_\_\_\_\_

2. มารดา ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ เลขบัตรประจำตัวประชาชน

\_\_\_\_\_ วัน เดือน ปี เกิด \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้ามีมารดา หรือบิดาที่ชอบด้วยกฎหมายร่วมกันกับพนักงานมหาวิทยาลัยทักษิณ

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าจะขอเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของบิดาและหรือมารดาแต่เพียงฝ่ายเดียว

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_ (พนักงานมหาวิทยาลัย)

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

## ■ รายการเอกสารประกอบการรับรองสิทธิ (เอกสารทุกฉบับให้พนักงานมหาวิทยาลัยเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง)

### กรณีบิดา

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ
2. สำเนาทะเบียนสมรส หรือสำเนาทะเบียนหย่า และ/หรือ
3. สำเนาทะเบียนรับรองบุตร และ/หรือ
4. คำพิพากษาของศาล

### กรณีมารดา

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และ
2. สูติบัตรของผู้มีสิทธิ หรือ
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ