**ใบคำร้องขอเบิกเงินสนับสนุน**

**สำหรับนักศึกษาที่ไม่ได้ร่วมทำประกันสุขภาพเฉพาะโรค**

**สำหรับการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19)) ตามที่มหาวิทยาลัยจัดทำให้**

วันที่ …………… เดือน …………………………………. พ.ศ. …………………..

ที่ อว 78.014/

เรื่อง ขอเบิกเงินสนับสนุนค่าทำประกันสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19))

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ……………………………………… นามสกุล ………………………………………..นักศึกษาชั้นปีที่ ……… รหัสนักศึกษา …………………………… คณะ/วิทยาลัย/สถาบัน …………………………………….....โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก ………………………………… อีเมล .........................................................................................

**ข้อมูลการทำประกันฯ กรณีที่ไม่ได้ร่วมตามที่มหาวิทยาลัยจัดทำให้**

โปรดใส่เครื่องหมาย 🗸ลงในช่อง 🞏

🞏 ทำประกันฯ กับ บริษัท เทเวศประกันภัย จำกัด (มหาชน) แล้ว เป็นจำนวนเงิน .......... บาท

🞏 ทำประกันฯ กับบริษัท ……………………………………………………… เป็นจำนวนเงิน .......... บาท

หมายเหตุ: การทำประกันภัยจะต้องทำก่อนวันที่ 1 พฤษภาคม 2563 สามารถขอสนับสนุนค่าทำประกันภัย โดยจ่ายตามจริง แต่ไม่เกิน 220 บาท (สองร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสนับสนุนค่าทำประกันสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19)) เป็นจำนวนเงิน ........................บาท (...............................บาทถ้วน) โดยนำเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) เลขที่บัญชี …………………………………………….. ชื่อบัญชี …………………………………………………………………ซึ่งได้สำรองค่าใช้จ่ายไปก่อนแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์เบิกเงินสนับสนุนค่าทำประกันสุขภาพเฉพาะโรค สำหรับการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา (Coronavirus disease (COVID-19)) ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(…………………………………………………………………) ผู้ขอเบิก

**เห็นสมควรอนุมัติ**

………………………….……………….… ……………………………………………………….

เจ้าหน้าที่กองกิจการนักศึกษา ผู้อำนวยการกองกิจการนักศึกษา

**อนุมัติ**

………………………………………………

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ท. ทพ.ชัชชัย คุณาวิศรุต

รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์

**เอกสารแนบประกอบใบคำร้อง**

**(สำหรับส่วนงาน)**

🞏 แบบฟอร์มใบคำร้องขอเบิกเงินค่าทำประกันฯ

🞏 ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)

🞏 สำเนาหน้ากรมธรรม์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

🞏 สำเนาหน้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ ผู้ขอเบิก พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

ลงชื่อ…………………………………………….. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ

วันที่ ……………………………………………………………