

ใบคำร้องขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับนักศึกษาฝึกงาน

(สำหรับ นักศึกษาก่อนปริญญาตรี และ นักศึกษาระดับปริญญาตรี) ปีการศึกษา 2564

ที่ อว 78.014/

วันที่

เรื่อง ขอเบิกเงินค่าบริการทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....
นักศึกษาชั้นปีที่.....รหัสนักศึกษา..... คณะ/วิทยาลัย/สถาบัน.....
โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก..... โทรศัพท์ผู้ปกครอง.....
เข้ารับการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากสถานพยาบาล.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับนักศึกษาระดับก่อนปริญญาตรีและระดับปริญญาตรีที่จำเป็นต้องฝึกงานในปีการศึกษา 2564 (สามารถเบิกจ่ายตามจริงในการตรวจรูปแบบ (RT-PCR) ในอัตราไม่เกินคนละ 1,520 บาท และ การตรวจรูปแบบ (ATK) ในอัตราไม่เกินคนละ 470 บาท ตามประกาศฯ) ซึ่งข้าพเจ้าได้สำรองจ่ายไปก่อนแล้ว เป็นจำนวน.....บาท (.....)

โปรดระบุ ชื่อบัญชี.....(ของนักศึกษาเท่านั้น) เลขที่บัญชี.....

ชื่อธนาคาร.....

E-Mail

โปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เบิกค่าบริการทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เอกสารแนบประกอบใบคำร้อง

- ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง
- หลักฐานของหน่วยงานภาครัฐ/เอกชน ที่กำหนดให้ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนฝึกงาน
*หากเป็นสำเนาเอกสารหรือไฟล์รูปภาพ รับรองสำเนาถูกต้อง
- สำเนาบัตรนักศึกษา (ต้องไม่หมดอายุ) และสามารถใช้ Virtual ID Card จาก We Mahidol Application พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ รับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนา Passport สำหรับนักศึกษาต่างชาติ (รับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ)
- สำเนาหน้าสมุดบัญชี "ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน)" มีชื่อของนักศึกษาทั้งนี้ หากแนบสำเนา

หน้าสมุดบัญชีของธนาคารอื่น มหาวิทยาลัยจะหักค่าธรรมเนียมการโอนเงินตามที่จ่ายจริงจากเงินค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเบิกจ่ายคืนให้แก่นักศึกษา **

หมายเหตุ การแนบเอกสารการเบิกจ่ายต้องครบตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(สำหรับนักศึกษา)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขออนุมัติเบิกค่าบริการทางการแพทย์ฯ

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

- เบิกจ่ายไม่ได้ เนื่องจาก.....
- เบิกจ่ายได้

ให้แก่.....

จำนวน.....บาท (.....)

หมวด G -400 ค่ารักษาพยาบาลและทันตกรรม จากเงินกองทุนสุขภาพนักศึกษา

ปีงบประมาณ โดยขอให้กองคลังดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับรอง/...../.....

ลงชื่อ.....หัวหน้างานรับรอง...../...../.....

เห็นสมควรอนุมัติ

.....

(นางกิริติ สอนคุ้ม)

ผู้อำนวยการกองกิจการนักศึกษา

อนุมัติ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ท. ทพ.ชัชชัย คุณาวิศรุต)

รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์