

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.....

เข้ารับการรักษาตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากสถานพยาบาล.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอเบิกค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับนักศึกษาระดับก่อนปริญญาตรีและระดับปริญญาตรีที่จำเป็นต้องฝึกงานในปีการศึกษา 2564 (สามารถเบิกจ่ายตามจริงในการตรวจรูปแบบ (RT-PCR) และ ATK) ในอัตราไม่เกินคนละ 2,000 บาท ตามประกาศฯ) ซึ่งข้าพเจ้าได้สำรองจ่ายไปก่อนแล้ว เป็นจำนวน.....บาท (.....)

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

ชื่อธนาคาร..... E-Mail

โปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เบิกค่าบริการทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ฯ ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เอกสารแนบประกอบใบคำร้อง

- ใบเสร็จรับเงิน ฉบับจริง
- หลักฐานของหน่วยงานภาครัฐ/เอกชน /คณะ/วิทยาลัย ที่กำหนดให้ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนาฯก่อนฝึกงาน*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 หากแนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีของธนาคารอื่น มหาวิทยาลัยจะหักค่าธรรมเนียมการโอนเงินตามที่จ่ายจริงจากเงินค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเบิกจ่ายคืนให้แก่นักศึกษา **

หมายเหตุ การแนบเอกสารการเบิกจ่ายต้องครบตามที่มหาวิทยาลัยกำหนด

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

(สำหรับนักศึกษา)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(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