

แบบรับรองการขอใช้สิทธิสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับบุคคลในครอบครัว  
(คู่สมรสหรือบุตรที่ขอด้วยกฎหมาย)

\*\*\*\*\*

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....  
สังกัด ..... เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยที่มีคู่สมรส ซึ่งมีอายุไม่เกิน  
หกสิบปีบริบูรณ์ ชื่อ - สกุล ..... เลขบัตรประชาชน .....  
วัน เดือน ปีเกิด ..... และ/หรือมีบุตรที่ขอด้วยกฎหมายซึ่งมีอายุไม่เกินยี่สิบปี  
บริบูรณ์  
ดังรายนามต่อไปนี้

1. ชื่อ - สกุล ..... เลขบัตรประจำตัว  
ประชาชน ..... วัน เดือน ปี เกิด .....
2. ชื่อ - สกุล ..... เลขบัตรประจำตัว  
ประชาชน ..... วัน เดือน ปี เกิด .....

โดยประสงค์จะขอใช้สิทธิสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับบุคคลในครอบครัว (คู่สมรสหรือ  
บุตรที่ขอด้วยกฎหมาย) จำนวน 2 ราย ได้แก่

1. ชื่อ - นามสกุล .....
  2. ชื่อ - นามสกุล .....
- กรณีข้าพเจ้า มีบุตรที่ขอด้วยกฎหมายรวมกันกับพนักงานมหาวิทยาลัยทุกชั้น  
ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .....

ข้าพเจ้าจะขอเป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากประกันสุขภาพกลุ่มแต่เพียงฝ่ายเดียว

ลงชื่อ .....(พนักงานมหาวิทยาลัย)

(.....)

วันที่ .....

รายการเอกสารประกอบการรับรองสิทธิ (เอกสารทุกฉบับให้พนักงานมหาวิทยาลัยเป็นผู้รับรองสำเนาถูกต้อง)

กรณีคู่สมรส 1. สำเนาทะเบียนสมรส

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

กรณีบุตร 1. สำเนาสูติบัตร

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

3. หนังสือจดทะเบียนรับรองบุตร (กรณีผู้ใช้สิทธิเป็นชายที่มีได้จดทะเบียนสมรส)