

แบบฟอร์มการขอเรียกค่ารักษาพยาบาล
โครงการประกันสุขภาพ (กลุ่ม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....
2. หน่วยงาน
- โทร.....มือถือ.....
- Email :
3. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
 - สมาชิกหลัก
 - สมาชิกสมทบ
 - คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....
 - บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....
 - บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....
 - มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....
4. วันที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่วันที่เดือน.....พ.ศ.
- ถึงวันที่เดือน.....พ.ศ..... รวมเป็นเงินบาท
- ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงินบาท
5. เอกสารแนบ
 - แบบฟอร์มการขอเรียกค่ารักษาพยาบาล
 - สำเนาบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม
 - ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)
 - ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)
 - หนังสือแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน (กรณีประสงค์ขอเอกสารคืน)

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง

ตัวอย่าง กรณีเบิกเคลมสมาชิกหลัก

**แบบฟอร์มการขอเรียกชดเชยค่ารักษาพยาบาล
โครงการประกันสุขภาพ (กลุ่ม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.)..... **โอเชียน**.....นามสกุล..... **ไทยสมุทร**.....
2. หน่วยงาน **(ชื่อหน่วยงาน)**.....
โทร..... **มือถือ**..... **091-9999999**.....
Email :..... **Ocean@Ocean.co.th**.....

3. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

สมาชิกหลัก

สมาชิกสมทบ

คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....

บุตร ชื่อ.....นามสกุล.....

บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....

มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....

4. วันที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่วันที่ **01**.....เดือน..... **มกราคม**.....พ.ศ. **2566**.....
ถึงวันที่ **01**.....เดือน..... **มกราคม**.....พ.ศ. **2566**... รวมเป็นเงิน **2,000**.....บาท
ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน **1,000**.....บาท

5. เอกสารแนบ

แบบฟอร์มการขอเรียกชดเชยค่ารักษาพยาบาล

สำเนาบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม

ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)

ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)

หนังสือแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน (กรณีประสงค์ขอเอกสารคืน)

ลงชื่อ..... **โอเชียน**... **ไทยสมุทร**.....

(..... **โอเชียน**... **ไทยสมุทร**.....)

... **11**.../... **มกราคม**.../... **2566**....

*****กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง*****

ตัวอย่าง กรณีเบิกเคลมสมาชิกสมทบ

แบบฟอร์มการขอเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

โครงการประกันสุขภาพ (กลุ่ม) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

1. ชื่อ (นาย/นาง/น.ส.)..... **โอเชียน**.....นามสกุล..... **ไทยสมุทร**.....

2. หน่วยงาน **(ชื่อหน่วยงาน)**.....

โทร..... **มือถือ**..... **091-9999999**.....

Email :..... **Ocean@Ocean.co.th**.....

3. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

สมาชิกหลัก

สมาชิกสมทบ

คู่สมรส ชื่อ.....นามสกุล.....

บุตร ชื่อ..... **โอชิ**.....นามสกุล..... **ไทยสมุทร**.....

บิดา ชื่อ.....นามสกุล.....

มารดา ชื่อ.....นามสกุล.....

4. วันที่เข้ารับการรักษา ตั้งแต่วันที่ **01**.....เดือน..... **มกราคม**.....พ.ศ. **2566**.....

ถึงวันที่ **01**.....เดือน..... **มกราคม**.....พ.ศ. **2566**... รวมเป็นเงิน **1,500**.....บาท

ขอเบิกส่วนของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) จำนวนเงิน **1,000**.....บาท

5. เอกสารแนบ

แบบฟอร์มการขอเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล

สำเนาบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม

ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)

ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)

หนังสือแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคืน (กรณีประสงค์ขอเอกสารคืน)

ลงชื่อ..... **โอเชียน**... **ไทยสมุทร**.....

(..... **โอเชียน**... **ไทยสมุทร**.....)

... **11**.../... **มกราคม**.../... **2566**....

*****กรุณากรอกข้อมูลด้วยตัวบรรจง*****