

วันที่รับใบคำร้อง

ใบคำร้องขอเบิกค่ารักษาพยาบาล/ค่าทันตกรรม

..... / / ผู้รับ

หน่วยงาน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ที่ อว 78.014/

เรื่อง ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล/ ค่ารักษาทางทันตกรรม

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว) นามสกุล
นักศึกษาชั้นปีที่ รหัสนักศึกษา คณะ/ วิทยาลัย/ สถาบัน
โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก อีเมล (ตัวบรรจง)
ได้เข้ารับบริการสถานพยาบาล รัฐบาล เอกชน (กรณีฉุกเฉิน)
 เข้ารับการรักษายาบาล/ทันตกรรม ณ (ชื่อสถานพยาบาล)
ด้วยอาการ

ในการนี้ ข้าพเจ้าขอเบิกค่ารักษาพยาบาล/ทันตกรรมที่เบิกได้ ตามประกาศมหาวิทยาลัยมหิดลฯ ซึ่งข้าพเจ้าได้สำรองจ่าย
ไปแล้ว เป็นเงินจำนวน (เฉพาะรายการในช่องที่เบิกได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง) บาท
(.....) โดยเลือกช่องทางสำหรับรับคำรักษาด้วยวิธี ดังนี้

1. ประสงค์ให้มหาวิทยาลัยมหิดลโอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ เลขบัญชี ชื่อ
บัญชี
2. ประสงค์รับทาง Prompt Pay ด้วยหมายเลขบัตรประชาชนเท่านั้น เลขที่ - - - -
ชื่อบัญชี
3. ประสงค์ให้มหาวิทยาลัยมหิดลโอนเข้าบัญชีธนาคาร เลขบัญชี
..... ชื่อบัญชี (ช่องทางนี้มหาวิทยาลัยจะหักค่าธรรมเนียมการโอน
จากค่ารักษาพยาบาล/ทันตกรรมจากยอดเงินที่เบิก)
4. ประสงค์รับเป็นเช็ค โดยส่งจ่ายเช็คในนาม โดยเจ้าหน้าที่
จะติดต่อนัดหมายนักศึกษารับเช็คด้วยตนเองต่อไป

โปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เบิกค่ารักษาพยาบาล/ค่าทันตกรรมดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

เอกสารแนบประกอบใบคำร้อง

- ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล / ค่ารักษาทางทันตกรรม (ฉบับจริง)
- สำเนาบัตรนักศึกษา (ต้องไม่หมดอายุ) รับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชน รับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ
- สำเนาสมุดบัญชี รับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ
- ใบแสดงรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ และ ใบกำกับยา (กรณีต้องใช้ยา) ฉบับจริง
- ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง) กรณีป่วย/อุบัติเหตุฉุกเฉินร้ายแรง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล

ขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาล/ค่ารักษาทางทันตกรรม

ให้แก่
จำนวน บาท (.....)
จากเงินกองทุนค่าบริการสุขภาพนักศึกษา
(.....) ปีงบประมาณโดย
ขอให้กองคลังดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่รับรอง วันที่.....
ลงชื่อ..... หัวหน้างานรับรอง วันที่.....

ขอแสดงความนับถือ

.....
(.....)
นักศึกษา

เห็นสมควรอนุมัติ

(นางกิริติ สอนคุ้ม)
ผู้อำนวยการกองกิจการนักศึกษา

อนุมัติ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.ท. ทพ. ชัชชัย คุณาวิศรุต)
รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาและศิษย์เก่าสัมพันธ์

วันที่รับใบคำร้อง

Medical Reimbursement Form

..... / / ผู้รับ

หน่วยงาน

Date.....Month.....Year

ที่ อว 78.014/

Subject Request for Medical Reimbursement

Dear Vice President for Student Affairs and Alumni

I (Mr./ Mrs./ Miss) Last name Level

Student ID Faculty/ College/ Institute

Telephone Number E-mail

Has been serving hospital Government hospital Private hospital (an emergency case)

Medical/Dental treatment at (Name of hospital).....

Illness.....

I, therefore, would like to reimburse the medical payment in the amount of.....Baht
(.....) according to the announcement of
Mahidol University Regulations, to pay by :

1. Wish Mahidol University transfer to Siam Commercial bank (SCB) account number

Account name

2. Wish transfer to Prompt Pay with (ID Card only) number - - - -

Account name

3. Wish Mahidol University transfer to Bank name Account number

..... Account name (This choice, Mahidol university will deduct transfer fee from medical/dental expenses from the amount disbursed.)

4. Pay by cheque name Staff will contact student to make an

appointment to receive cheque by your self next time.

Attached Documents

- Receipt of medical treatment. (original)
- Copy of Student Card and copy of Passport (Not Expired)
- Copy of Book Bank Account (student signs to certify the copy)
- List of drugs outside the national main drug list and drug certificates
- Medical Certificate (original) for emergency case

Yours sincerely,

(.....)

Student

Approve

(Mrs. Kirati Sornkum)

Director, Division of Student Affairs

Approve

(Asst. Prof. Flg.Off. Chatchai Kunavisarut)

Vice President for Student Affairs and Alumni

ขออนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาล/ค่ารักษาทางทันตกรรม

ให้แก่.....

จำนวน บาท (.....)

จากเงินกองทุนค่าบริการสุขภาพนักศึกษา

(.....) ปีงบประมาณ

โดยขอให้กองคลังดำเนินการต่อไป

Sign..... Date.....

(Certificate authorities)

Sign..... Date.....

(Head of Student Services and Welfare)