

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนงาน** .............................................................................................. **โทร.** ..............................

**ที่ ศธ**.............../..................... **วันที่** ...................................................

**เรื่อง** การเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาล

**เรียน** ผู้อำนวยการกองบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

ด้วย …………….………ชื่อ – ชื่อสกุล………………………….. เป็น ( ) ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา   
( ) ลูกจ้างประจำ ( ) พนักงานมหาวิทยาลัย ( ) ลูกจ้างมหาวิทยาลัย ( ) ลูกจ้างโครงการ

ตำแหน่ง..........................................................................สังกัด..................................................................................

มีความประสงค์ขอเบิกสวัสดิการประกันสุขภาพ กับ บริษัท บูพา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

ตามสิทธิกรณีผู้ป่วยนอกเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล..............ชื่อโรงพยาบาล/คลินิก......................................

เมื่อวันที่......................................................................เป็นจำนวน ..................................... บาท

พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารประกอบการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาล ดังนี้

( ) แบบฟอร์มการเรียกร้องสิทธิรักษาพยาบาล จำนวน ........... ชุด

( ) ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง จำนวน ............. ชุด

( ) ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง จำนวน ............ ชุด

( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ............ ชุด

( ) สำเนาบัตรสมาชิกบูพา จำนวน ............ ชุด

( ) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากของสมาชิก จำนวน ............ ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(..............หัวหน้าส่วนงาน……….............)

...............................................................