

**บันทึกข้อความ**

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

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

**เรื่อง** ขอมีบัตรประกันสุขภาพบูพา

**เรียน** ประธานอนุกรรมการสวัสดิการสำนักงานอธิการบดีและสำนักงานสภามหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า ……………ชื่อ – ชื่อสกุล……………….……….. เป็น ( ) ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา

( ) ลูกจ้างประจำ ( ) พนักงานมหาวิทยาลัย ( ) ลูกจ้างมหาวิทยาลัย ( ) ลูกจ้างโครงการ

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

มีความประสงค์ขอให้สำนักงานอธิการบดีดำเนินการขอมีบัตรประกันสุขภาพบูพาใหม่ กับ บริษัท บูพา ประกันสุขภาพ (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เนื่องจากบัตรเก่า ( ) ชำรุด ( ) สูญหาย

พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารประกอบการขอมีบัตรประกันสุขภาพบูพา ดังนี้

1. แบบคำขอเปลี่ยนแปลงรายละเอียดกรมธรรม์ จำนวน 1 ชุด

2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน 1 ชุด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(................ชื่อ – ชื่อสกุล สมาชิก..........)

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

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

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