

แบบฟอร์มคำร้องขอเบิกเงินค่าประกันอุบัติเหตุนักเรียน  
(กรุณากรอกข้อมูลให้ชัดเจนทุกช่องรายการ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

มีความประสงค์จะขอเบิกค่าประกันอุบัติเหตุให้กับนักเรียน (ด.ช./ด.ญ.).....

ขณะนี้เรียนอยู่ชั้น ป...../..... อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน (13 หลัก)  -  -  -  -

เพศ..... วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ที่อยู่ปัจจุบันที่ติดต่อได้.....

.....

.....

เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อสะดวก.....

สาเหตุการเกิดเหตุ.....

เวลาเกิดอุบัติเหตุ.....น. อวัยวะส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ.....

เหตุเกิดที่ (กรุณาทำเครื่องหมาย /)  ที่บ้าน  ที่โรงเรียน  อื่น ๆ.....

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน 1. ....จำนวนเงิน.....บาท

2. ....จำนวนเงิน.....บาท

3. ....จำนวนเงิน.....บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

หมายเหตุ เอกสารที่ใช้ประกอบในการพิจารณาการเบิกค่ารักษาพยาบาล กรณีที่ได้รับอุบัติเหตุ

1. ใบเสร็จรับเงินแสดงค่ารักษาพยาบาล (ต้นฉบับ)
2. ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)