



แบบฟอร์มแสดงความประสงค์ทำประกันสุขภาพสำหรับนักศึกษาไทย
(ตามความสมัครใจ)

ข้าพเจ้า รหัสนักศึกษา

ระดับการศึกษา ชั้นปีที่ สาขาวิชา

คณะ โทรศัพท์

E – mail Address

ผู้ปกครองชื่อ เกี่ยวข้องเป็น

อยู่บ้านเลขที่

โทรศัพท์ E – mail Address

ข้าพเจ้าและผู้ปกครอง ได้รับทราบเงื่อนไขความคุ้มครอง การชำระเบี้ยประกันสุขภาพ (1,800 บาทต่อปี) และ
ได้พิจารณาร่วมกันแล้ว จึงขอแจ้งความประสงค์ทำประกันสุขภาพ ประจำปีการศึกษา

เอกสารแนบ

1. สำเนาบัตรนักศึกษา พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ปกครอง
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง 1 ฉบับ

ลงชื่อ นักศึกษา
(.....)

วันที่

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(.....)

วันที่

ส่วนของเจ้าหน้าที่สำนักงานกิจการนักศึกษา

เรียน เจ้าหน้าที่การเงิน สำนักงานคลัง

เพื่อโปรดทราบ และโปรดพิจารณารับชำระเงินค่าประกันสุขภาพ จำนวน 1,800 บาท

ลงชื่อ জন.กนศ.
(.....)

วันที่