

แบบคำขอทำประกันสุขภาพ

ที่อยู่

โทรศัพท์

อีเมล

วันที่

เรื่อง ขอทำประกันสุขภาพ

เรียน อัครราชทูต (ฝ่ายการศึกษา)

1. ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) รหัส นทร.
(ไทย)

นักเรียนทุน
ตามความต้องการของ

2. ขณะนี้กำลังศึกษาชั้นปริญญา ณ

3. คาดว่าจะสำเร็จการศึกษาในวันที่ ทั้งนี้

3.1 ข้าพเจ้าได้รับทุนจากรัฐบาล/หน่วยงานเจ้าของทุน และประสงค์ขอทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดทำ

() ระหว่างวันที่ 1 กันยายน - 28 หรือ 29 กุมภาพันธ์ และ

() ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 31 สิงหาคม โดยสถานศึกษารับทราบ และ

ยินยอมยกเว้น (Waive) การทำประกันสุขภาพกับสถานศึกษาให้แก่ข้าพเจ้า ทั้งนี้ หากสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. อีก ข้าพเจ้ายินยอมจะจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่ข้าพเจ้าชื้อดังกล่าว แก่สถานศึกษา/บริษัทประกันเอง

3.2 ข้าพเจ้า ไม่ได้ รับทุนผ่าน สนร. แต่ประสงค์ขอทำประกันสุขภาพผ่าน สนร. เป็นเวลา 6 เดือน

() ระหว่างวันที่ 1 กันยายน - 28 หรือ 29 กุมภาพันธ์ หรือ

() ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 31 สิงหาคม โดยข้าพเจ้าได้ส่งเงินค่าเบี้ย

ประกันสุขภาพ ด้วยเช็คเลขที่ สั่งจ่าย

เป็นจำนวนเงิน \$..... ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

หมายเหตุ

- การส่งแบบคำขอทำประกันสุขภาพคืนกลับไปยัง สนร. ขอให้ดำเนินการดังนี้
 - นักเรียนที่รับทุนจากรัฐบาล/หน่วยงานเจ้าของทุน สามารถเลือกส่งทางไปรษณีย์ โทรสาร หรืออีเมล ได้
 - นักเรียนที่ไม่ได้รับทุนผ่าน สนร. **ต้องส่งทางไปรษณีย์ พร้อมแนบเช็คจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปด้วย**
- หาก สนร. ไม่ได้รับแบบคำขอทำประกันสุขภาพนี้ **หรือ** ได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาไม่ครบถ้วนภายในกำหนด **สนร. จะไม่จัดทำประกันสุขภาพให้แก่ท่าน**