

ที่ 56003/ว 2



Office of Educational Affairs
Royal Thai Embassy
1906 23rd St NW
Washington, DC 20008

- 9 มิถุนายน 2569

เรื่อง การจัดทำประกันสุขภาพให้แก่นักเรียนทุนรัฐบาล ประจำปีการศึกษา 2026 - 2027 กรณีสถานศึกษา บังคับให้ทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา หรือสถานศึกษายกเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษา

เรียน นักเรียนทุนรัฐบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบ Personal Representative Appointment

ด้วยสำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา (สนร.) พิจารณาเห็นว่า การจัดให้นักเรียนทุนรัฐบาล (นทร.) ทำประกันสุขภาพ โดย สนร. ดำเนินการจัดหาบริษัทผู้ให้บริการและแผนประกันสุขภาพ ที่มีมาตรฐาน จะเอื้อประโยชน์ให้ นทร. ได้รับความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์สูงกว่าหรือเทียบเท่ากับแผนประกันสุขภาพของสถานศึกษา ดังนั้น สนร. จึงกำหนดให้ นทร. ที่อยู่ในความดูแลทำประกันสุขภาพกับบริษัทที่ สนร. จัดหา โดยในปีการศึกษา 2026 - 2027 นี้ สนร. ได้คัดเลือกบริษัท AETNA เป็นผู้ให้บริการประกันสุขภาพ

โดยที่ท่านได้ศึกษาในสถานศึกษาที่กำหนดให้นักเรียนต่างชาติทำประกันสุขภาพกับสถานศึกษา (Insurance Mandate) ดังนั้น สนร. จึงยกเว้นการทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ที่ สนร. จัดหา โดยให้ท่านทำประกันสุขภาพกับบริษัทประกันสุขภาพที่สถานศึกษาจัดหาได้ และท่านสามารถตรวจสอบรายชื่อสถานศึกษาที่ บังคับการทำประกันสุขภาพได้ที่ <https://oeadc.org/th/page/mandate-hard-waiver-list-2026-2027> ทั้งนี้ ใน การทำประกันสุขภาพกับสถานศึกษา ขอให้ท่านเลือกแผนประกันสุขภาพที่ครอบคลุมและมีค่าใช้จ่าย การประกันสุขภาพน้อยที่สุด เพื่อมิให้เกิดความลักลั่นในระหว่าง นทร. ที่ศึกษาต่างสถานศึกษา กัน โดย สนร. จะจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพให้ท่านตามจำนวนที่จ่ายจริง และท่านจะต้องดำเนินการดังนี้



1. กรอกแบบ Personal Representative Appointment (ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย) ให้ครบถ้วนและ นำส่งไปยัง สนร. ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2569 ทางไปรษณีย์ หรืออีเมล เพื่อ สนร. จะใช้เป็นข้อมูลประกอบการ พิจารณาจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพให้แก่สถานศึกษาของท่าน

2. นำส่งรายละเอียดแผนประกันสุขภาพที่สถานศึกษาจัดหา ค่าเบี้ยประกัน รวมทั้งระยะเวลา คุ้มครอง ไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์ หรืออีเมล ภายในวันที่ 30 กันยายน 2569

กรณีที่ท่านได้ศึกษาในสถานศึกษาที่บังคับให้นักเรียนต่างชาติทุกรายทำประกันสุขภาพผ่าน สถานศึกษา แต่บางสถานศึกษาอาจพิจารณายกเว้นการบังคับทำประกันสุขภาพให้แก่ นักเรียนที่มีประกันสุขภาพครอบคลุม ค่ารักษาพยาบาลเทียบเท่าหรือสูงกว่าของสถานศึกษา (Insurance Hard Waiver) และท่านประสงค์จะทำประกันสุขภาพ

/กับบริษัทที่...

กับบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้ท่านตรวจสอบกับสถานศึกษาของท่านก่อนว่า สถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหาหรือไม่ รายละเอียดแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหาปรากฏในเว็บไซต์ สนร. ที่ <https://oeadc.org/th/page/health-insurance-2569-2570>



หากสถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้ท่านจัดส่งแบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2026 – 2027 ผ่านระบบคำขออนไลน์ให้ สนร. ที่ <https://oeadc.org/th/downloads> พร้อมเอกสารยืนยันวันสิ้นสุดประกันสุขภาพกับสถานศึกษา ภายในวันที่ 24 กรกฎาคม 2569



ทั้งนี้ ท่านจะต้องเร่งดำเนินการขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพผ่านสถานศึกษาที่ท่านกำลังศึกษาอยู่ภายในเวลาที่สถานศึกษากำหนด หากท่านละเลยไม่ดำเนินการดังกล่าว และสถานศึกษาเรียกเก็บเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพไปยัง สนร. ท่านต้องรับผิดชอบจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่เข้าช้อนแก่สถานศึกษาเอง ทั้งนี้ หากสถานศึกษากำหนดให้ นทร. ผู้ขอยกเว้นการทำประกันสุขภาพส่งเอกสารรับรองการมีประกันสุขภาพที่ระบุวันเริ่มต้นและวันสิ้นสุดความคุ้มครอง (Proof of Coverage) ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อดำเนินการออกเอกสารรับรองดังกล่าวให้ท่านต่อไป

กรณี นทร. ผู้ใดได้รับทุนรัฐบาลซึ่งสิ้นสุดภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2570 และประสงค์จะทำประกันสุขภาพกับบริษัท AETNA ต่อไป ภายหลังจากที่ครบระยะเวลาที่ได้รับทุนรัฐบาลตามโครงการทุนแล้ว และสถานศึกษายอมรับแผนประกันสุขภาพของบริษัทที่ สนร. จัดหา ขอให้จัดส่งเอกสารดังต่อไปนี้ไปยัง สนร. ทางไปรษณีย์เท่านั้น ภายในวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2570 (สำหรับรอบประกันสุขภาพวันที่ 1 มีนาคม 2570 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2570)

1. แบบคำขอทำประกันสุขภาพ ปีการศึกษา 2026 – 2027 (ดาวน์โหลดได้ที่ <https://oeadc.org/th/downloads>)



2. เช็คส่งจ่าย AETNA จำนวน 1,356.00 ดอลลาร์สหรัฐ สำหรับความคุ้มครองเป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2570 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2570 (การทำประกันสุขภาพมีกำหนดระยะเวลาขั้นต่ำ 6 เดือน)

ทั้งนี้ ขอให้ท่านศึกษารายละเอียดเงื่อนไขความคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพของท่านก่อนตัดสินใจเลือกใช้บริการประกันสุขภาพ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ หากมีข้อสงสัยหรือข้อขัดข้องประการใด ขอให้ติดต่อ สนร. เพื่อขอทราบรายละเอียดต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวภมรพรรณ วงศ์เงิน)

อัครราชทูต (ฝ่ายการศึกษา)

ประจำสถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงวอชิงตัน

สำนักงานผู้ดูแลนักเรียนในสหรัฐอเมริกา
โทร. 202.667.8010
โทรสาร 202.265.7239
อีเมล saraban@oeadc.org

Personal Representative Appointment

I, _____,
First name Last name

do hereby appoint Office of Educational Affairs, Royal Thai Embassy as my personal representative to act on my behalf in the matters of health insurance with _____.
Your insurance company's name *

I understand that this is a voluntary designation and that this designation gives the personal representative the same rights to my health insurance information as myself. This appointment will expire at the end of 2026/2027 policy year. **(Please provide the following information.)**

INSURED INFORMATION	PERSONAL REPRESENTATIVE INFORMATION (Necessary for Identity Verification)
Insured's Name Your full name	Personal Representative's Name Pamornpan Wong-ngoen Minister (Education)
Insured's Policy Number ** or ID Number Your insurance policy number	Personal Representative's Address Royal Thai Embassy Office of Educational Affairs 1906 23 rd Street N.W. Washington, D.C. 20008
Insured's Address Your full street address	This box intentionally left blank
Date Today's date	Insured's Signature Your Signature

If enrolled through the Office of Educational Affairs, Royal Thai Embassy, please state your insurance company's name as * **Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd.**, and your insured's policy number as ** **299959**
