

กองทุนบริหารโครงการประกันอุบัติเหตุของนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ฉบับปรับปรุง เริ่มปีการศึกษา ๒๕๖๐

*** _____ ***

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ประวัตินักศึกษา

- ชื่อ-สกุล.....เลขทะเบียนนักศึกษา..... คณะ.....
ชั้นปีที่กำลังศึกษา.....ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทันที.....

ประวัติการได้รับทุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุน ได้รับทุน ปีการศึกษา.....ประเภทรายปี/ต่อเนื่อง เป็นจำนวนเงิน.....บาท

ประวัติครอบครัว

- บิดาชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
สถานะครอบครัวบิดาและมารดา อยู่ด้วย หย่าร้าง แยกกันอยู่โดยอาศัย อื่นๆ
(ระบุ).....
ประกอบอาชีพ.....มีรายได้ต่อเดือน.....บาท/ปี.....บาท
เบอร์โทรที่ติดต่อได้ทันที.....

- มารดา ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ยังมีชีวิตอยู่ ถึงแก่กรรม
สถานะครอบครัวบิดาและมารดา อยู่ด้วย หย่าร้าง แยกกันอยู่โดยอาศัย อื่นๆ
(ระบุ).....ประกอบอาชีพ.....มีรายได้ต่อเดือน.....บาท/ปี.....บาท
เบอร์โทรที่ติดต่อได้ทันที.....

ประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน

- วันที่เกิดเหตุ..... รายละเอียดลักษณะการเกิดเหตุ.....
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ.....ลักษณะบาดแผล.....
- ชื่อโรงพยาบาล/คลินิกที่เข้ารับการรักษา..... รัฐบาล เอกชน
- การรักษาพยาบาลจากการบาดเจ็บครั้งนี้ นักศึกษาได้เรียกร้องค่าทดแทนจากหน่วยงานอื่นไปบ้างหรือไม่
 ไม่ เรียกร้องไปแล้วจำนวน.....ที่ ดังรายชื่อต่อไปนี้
.....จำนวนเงิน.....บาท
.....จำนวนเงิน.....บาท

คงเหลือจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเบิกจากหน่วยงานอื่นเป็นจำนวนเงิน.....บาท

เอกสารประกอบการพิจารณาเงินช่วยเหลือเพื่อสมทบค่ารักษาพยาบาลดังนี้

สำเนาใบรับรองแพทย์ฉบับ สำเนาใบเสร็จค่ารักษาพยาบาล ฉบับ สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร ฉบับ
 หลักฐานใบรับรองรายได้เงินเดือนบิดา/มารดา อื่นๆ (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดในแบบประวัติการขอรับเงินช่วยเหลือเพื่อสมทบเป็น
ค่ารักษาพยาบาลจากการได้รับอุบัติเหตุครั้งนี้ เป็นข้อมูลที่ เป็นความจริง

ลายมือชื่อ.....นักศึกษา
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายมือชื่อ.....บิดา/มารดา
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....