



ฝ่ายทุนการศึกษาและบริการนิสิต สำนักบริหารกิจการนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Department of Scholarships & Students Service, Office of the Student Affairs, Chulalongkorn University

แบบคำขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนอันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ

ACCIDENTAL COMPENSATION CLAIM FORM

ข้อมูลส่วนตัว และสถานที่ติดต่อที่สะดวก Personal & Contact Information

ชื่อ และนามสกุล เลขประจำตัวนิสิต

Name & Surname

Student ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

นิสิตระดับ () ปริญญาตรี () บัณฑิตศึกษา คณะ ชั้นปี

The Student of

Undergraduate

Graduate

In Faculty/College of

Level

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ (Telephone No.) E-mail.....

ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ และการรักษาพยาบาล Accident & Treatment(s) Details

การเกิดอุบัติเหตุ (Description of Accident)

อาการบาดเจ็บ (Description of Injury)

วันเกิดอุบัติเหตุ (Date of Accident) สถานที่เกิดอุบัติเหตุ (Place of accident)

ชื่อสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา (Place of Treatment(s))

ประเภทสถานพยาบาล () โรงพยาบาลเอกชน () โรงพยาบาลรัฐบาล () คลินิก

Type of Hospital

Private Hospital

Public Hospital

Clinic

เข้ารับการรักษา () ต้องรักษาต่อเนื่อง () ไม่ต้องรักษาต่อเนื่อง

Treatment(s) case

Continuous treatments

One-time treatment

ประเภทผู้ป่วย

() ผู้ป่วยนอก

() ผู้ป่วยใน

Type of Patient

Outpatient

Inpatient

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และเอกสารประกอบการพิจารณา

The cost of treatment(s) & Documents Attached

เอกสารประกอบการพิจารณา Documents Required

จำนวน (ฉบับ) Amount (Issue(s))

1. ใบรับรองแพทย์ (Medical certificate)

2. ใบเสร็จรับเงิน (Receipt)

3. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารแบบออมทรัพย์

Your COPY of BANK account passbook

4. เอกสารอื่นๆ (โปรดระบุ) Others (Please specify)

ค่ารักษาพยาบาลรวมสุทธิ Net of Medical fee total amount

โปรดลงนามที่นี่ Please sign here

ตัวเลข (in numbers) บาท BAHT		
ตัวอักษร (in letters)		

(ลงนาม Signature).....

(.....)

วันที่ Date/...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ ขอเอกสารคืนเพื่อเบิกเงินช่วยเหลือจากมหาวิทยาลัยต่อไป

☐ อื่นๆ

.....

.....

.....