

บัตร ปคง. เลขที่...../.....



รูปถ่ายขนาด
1 นิ้ว 2 รูป

ใบสมัครสมาชิกสวัสดิการสุขภาพคนงานพระเจ้า

พันธกิจการแพทย์

มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ศาสนาศักดิ์.....

ชื่อ.....สกุล.....

ตำแหน่งหน้าที่.....ประจำอยู่ที่.....

สังกัดคริสตจักรภาคที่.....

เกิดวันที่.....เดือน.....ปี ค.ศ.เชื้อชาติ.....

สัญชาติ.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง.....

ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....เบอร์แฟกซ์.....

สถานภาพ ☐ โสด ☐ ครอบครัว

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเป็นสมาชิกสวัสดิการบริการสุขภาพ เพื่อขอมีสิทธิเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของพันธกิจการแพทย์ มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย โดยแสดงความจำนงเข้าร่วมในโครงการสวัสดิการบริการสุขภาพ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง

...../...../.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่คริสตจักรภาค

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ได้พิจารณาคำขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกโครงการสวัสดิการฯ ของ.....

ทำงานในตำแหน่งหน้าที่.....ประจำอยู่ที่.....

สังกัดคริสตจักรภาคที่.....ขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติ มีสิทธิเข้าร่วมในโครงการสวัสดิการบริการประกันสุขภาพคนงานพระเจ้าได้

ชำระเงินแล้ว โดยใบเสร็จรับเงิน

เลขที่.....

ลงชื่อ.....

...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

ความเห็นของคณะผู้บริหารสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ได้พิจารณาตามที่ขอมาแล้วเห็นควร ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

.....
ปลัดสำนักเลขธิการสภาคริสตจักรในประเทศไทย

...../...../.....

.....
เลขธิการสภาคริสตจักรในประเทศไทย

...../...../.....

วันที่ออกบัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....

- ☐ สมัครสมาชิกใหม่
- ☐ ต่ออายุบัตรใหม่
- ☐ เปลี่ยนแปลงรายการบัตร
- ☐ บัตรสูญหายขอออกบัตรใหม่

สมาชิกสวัสดิการคนงานพระเจ้า

สมาชิกมี 2 ประเภท คือ ประเภทโสดและประเภทครอบครัว จะต้องชำระอัตราค่าบำรุงแก่พันธกิจการแพทย์ ดังนี้

ประเภทโสด อัตราค่าบำรุง 100.00 บาท/เดือน มีสิทธิได้รับสวัสดิการบริการประกันสุขภาพเฉพาะตัว “สมาชิก” เท่านั้น

ประเภทครอบครัว อัตราค่าบำรุง 200.00 บาท/เดือน มีสิทธิได้รับสวัสดิการบริการ สุขภาพถือตัวของ “สมาชิก” เอง และรวมถึง “คู่สมรส” และ “บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ” ด้วย

หมายเหตุ : สมาชิกจะต้องส่งเงินค่าบำรุงให้เหรียญกษาปณ์คริสตจักรฯ ตาม ข้อตกลงระหว่างกัน ก่อนวันที่ 5 ของแต่ละเดือน โดยให้ คริสตจักรภาคหักค่าบำรุงประกันสุขภาพจากสมาชิกจากเงินเดือนของสมาชิกส่งให้สภาคริสตจักรในประเทศไทย

เอกสารประกอบการขอหรือต่ออายุบัตร

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้วสี จำนวน 2 รูป แต่งกายสุภาพ,เรียบร้อย
- กรอกใบสมัครให้เรียบร้อยพร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่คริสตจักรภาคเซ็นรับรองมาด้วย

หมายเหตุ : 1. การขอออกบัตรหรือต่ออายุบัตรใหม่ทุกครั้งจะต้องกรอกใบสมัครใหม่พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่คริสตจักรภาคเซ็นรับรองในเอกสาร ใบสมัครมาด้วย

2. กรุณานำบัตรประกันสุขภาพคนงานพระเจ้าไปด้วยทุกครั้งเมื่อเข้ารับบริการรักษา ณ โรงพยาบาลในเครือสภาคริสตจักรในประเทศไทย หากเป็นสมาชิกในครอบครัว คู่สมรสให้นำสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาทะเบียนสมรสไปด้วยส่วนบุตรให้นำสำเนาทะเบียนบ้านหรือสำเนาสูติบัตรไปด้วย เพื่อความสะดวกในการเข้ารับบริการ