

บันทึกการรับเงิน
ตามคำร้องเรียกร้อยเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD)

ผู้รับเงินจะต้องกรอกแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์ พร้อมแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นใดที่ทางการออกให้ โดยแสดงต่อเจ้าหน้าที่บริษัทฯ ทุกครั้ง เพื่อขอรับเงินตามคำร้องฯ ที่แนบกับเอกสารนี้

วันที่รับเงิน.....
ชื่อ-สกุล ผู้รับเงิน..... อายุ..... ปี เพศ.....
บัตรประจำตัวประชาชน/ข้าราชการเลขที่..... ออกให้โดย.....
วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....
ในฐานะ ผู้เอาประกันภัย ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้รับมอบอำนาจตามคำร้องฯ ผู้ชำระเบี้ย ที่แนบ
กรณี ผู้รับมอบอำนาจเป็นตัวแทน /ผู้บริหารงานขาย โปรตอร์บรุทส์ตัวแทน..... ไปอนุญาตตัวแทนเลขที่.....
ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) จาก บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เป็นจำนวนเงินบาท (.....)
ตามคำร้องฯ (OPD) จำนวน.....ฉบับ ลงวันที่.....

เพื่อเป็นหลักฐานจึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน
()
ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ..... พยาน
() ()

ส่วนนี้เฉพาะสมุห์บัญชีสาขา หรือผู้มีอำนาจจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล OPD			
สาขา	ชื่อผู้เอาประกันภัย		
กรมธรรม์เลขที่	วันเริ่มสัญญา	ชำระเบี้ยฯ ถึง ปีที่	งวดที่
ผลประโยชน์ OPD	บาทต่อครั้ง	เรียกร้อย OPD ปีที่/ครั้งที่	จำนวนใบคำร้องฯ ที่ ฉบับ
จำนวนเงินที่จ่ายครั้งนี้		บาท ()	
ก่อนอนุมัติจ่ายเงิน จะต้องตรวจสอบความถูกต้องของบัตรประจำตัวของผู้รับเงิน ทุกครั้ง			
ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ / ผู้จ่ายเงิน			
()			
วันที่.....			