

แบบคำขอแก้ไข ยกเลิก หรือเพิ่มเติมข้อมูลเบาะประกันสุขภาพ กรณีส่งข้อมูลเกินระยะเวลาที่กำหนด

เลขที่.....

วันเดือนปี ที่แจ้ง.....

เรียน ผู้อำนวยการกองเทคโนโลยีสารสนเทศ

ด้วย บริษัท.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร.....

มีความประสงค์ขอแก้ไข ยกเลิก หรือเพิ่มเติมข้อมูลเบาะประกันสุขภาพ ประจำปี..... โดยมี รายละเอียดดังนี้

รายละเอียดการแก้ไข ยกเลิก หรือเพิ่มเติมข้อมูลเบาะประกันสุขภาพ

แก้ไข จำนวน.....รายการ

หมายเหตุ.....


ยกเลิก จำนวน.....รายการ

หมายเหตุ.....

เพิ่มเติม จำนวน.....รายการ

หมายเหตุ.....

ทั้งนี้ ได้แนบรายการแก้ไข ยกเลิก หรือเพิ่มเติมข้อมูลเบาะประกันสุขภาพ โดยมีรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

<p>ผู้ขออนุมัติ</p> <p></p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	<p>ความเห็นผู้มีอำนาจอนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>
<p>ผลการดำเนินการ</p> <p><input type="checkbox"/> ดำเนินการแล้วเสร็จ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่สามารถดำเนินการได้.....</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>	<p>การตรวจสอบการดำเนินการ</p> <p><input type="checkbox"/> ถูกต้อง</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่ถูกต้อง.....</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>วัน/เดือน/ปี.....</p>