แบบฟอร์มการขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดาเพื่อนำไปลดหย่อนภาษีเงินได้ในนามผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ส่วนที่ 1. ข้อมูลบิดา / มารดา

ชื่อผู้เอาประกันภัย(นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่บัตรประชาชน _- _ _ _ _- _ _ _ _ _- _ _- _

กรมธรรม์ที่ต้องการขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัย เพื่อนำไปลดหย่อนภาษีเงินได้ในนามผู้ชำระเบี้ยประกันภัย สำหรับปีภาษี.....

กรมธรรม์เลขที่.....

กรมธรรม์เลขที่.....

กรมธรรม์เลขที่.....

ส่วนที่ 2. ข้อมูลบุตร สำหรับการลดหย่อนภาษี

ชื่อผู้เอาประกันภัย(นาย/นาง/นางสาว).....เลขที่บัตรประชาชน _- _ _ _ _- _ _ _ _ _- _ _- _

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นบุตรโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัย และผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลที่มีรายได้ไม่เกิน 30,000 บาท ในปีภาษีที่ต้องการยื่นหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัยเพื่อนำไปลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา เพื่อใช้สิทธิจากการทำประกันสุขภาพสำหรับบิดามารดาตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ฉบับที่ 162

การจัดส่งหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัยนามผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

◯จัดส่ง E-MAIL Address .....

◯จัดส่งตามที่อยู่

บ้านเลขที่.....ชั้นที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....หมู่ที่.....

ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....) (.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ผู้เอาประกันภัย

หมายเหตุ * โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย และสำเนาบัตรประชาชนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

Update 4 เม.ย.62