

แบบฟอร์มการขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัย

สำหรับการประกันสุขภาพบิดามารดา เพื่อนำไปลดหย่อนภาษีเงินได้ในนามผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

1. กรมธรรม์ที่ต้องการขอหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัย เพื่อนำไปลดหย่อนภาษีเงินได้ในนามผู้ชำระเบี้ยประกันภัย ปีภาษี.....

1.1 กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

1.2 กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

1.3 กรมธรรม์เลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

2. ชื่อผู้ชำระเบี้ยประกันภัย.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นบุตรโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย และ ผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลที่มีรายได้ไม่เกิน 30,000บาท
ในปีภาษีที่ต้องการยื่นหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัยเพื่อนำไปลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา สำหรับการประกันสุขภาพ
บิดามารดาตามประกาศอธิบดีกรมสรรพากรเกี่ยวกับภาษีเงินได้ฉบับที่ 162 ซึ่งประกาศ ณ วันที่ 26 ธ.ค. 2549

4. เอกสารที่ต้องแนบมาพร้อมกันนี้ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้เอาประกันภัย และ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

5. การจัดส่งหนังสือรับรองการชำระเบี้ยประกันภัย (โปรดเลือกเพียง 1ข้อ)

ตัวแทน ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์.....ขอรับไปมอบ

จัดส่งตามที่อยู่ปัจจุบัน

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

ตรอก/ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(.....)

ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

ผู้เอาประกันภัย