



แบบฟอร์มเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด ศูนย์/วิทยาลัย/คณะ/กอง.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท(.....)
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามประกาศมหาวิทยาลัยเรื่องเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากแหล่งอื่น
 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งอื่นแต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามประกาศของมหาวิทยาลัย
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามประกาศของมหาวิทยาลัย
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากแหล่งงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เรียน อธิการบดี

ข้าพเจ้าขอรับรอง ว่าข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

5. คำรับรองของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

ขอรับรองข้อความในแบบฟอร์มฉบับนี้เป็นความจริงทุกประการ จึงเห็นควรอนุมัติ

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

6. หัวหน้างานสวัสดิการบุคลากร/ผู้ได้รับมอบหมาย

เรียน อธิการบดี

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

7. ความเห็นของผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่

เห็นสมควรอนุมัติ

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

8. ความเห็นของอธิการบดี/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

อนุมัติ

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

9. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) วัตถุประสงค์แล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบติดใบเสร็จ

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน/ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....จำนวน.....ฉบับ
จำนวนเงินบาท(.....) ข้าพเจ้าได้ทตรงจ่ายไปก่อนแล้ว
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ ค่ารักษาพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)
ตำแหน่ง.....