



ใบเบิกเงินสวัสดิการ - ค่ารักษาพยาบาล

พนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....เบอร์โทรติดต่อ.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง คู่สมรส ชื่อ.....
- บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ.....
- บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
- บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
- บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....
- เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

เป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาด

เป็นเงิน บาท (.....)

และ (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

(2) บุคคลในครอบครัวข้าพเจ้า ที่ขอเบิกตามข้อ 2

- ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ได้รับต่ำกว่าหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....

(ด้านหลัง)

<p>4. คำรับรอง</p> <p>ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตาม หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยทุกประการ</p> <p>1) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเอกสาร (.....) วันที่.....</p> <p>2) ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา (.....) วันที่.....</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้จ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง..... วันที่.....</p>
<p>6. ใบรับเงิน</p> <p><input type="checkbox"/> รับเป็นเงินสด ได้รับเงินจำนวน.....บาท (.....) ว่างถูกต้องแล้ว (ลงชื่อรับเงินต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> โอนเข้าบัญชีเงินฝาก (บัญชีเงินเดือนของพนักงานมหาวิทยาลัย)</p> <p><input type="radio"/> ธ. กรุงไทย จก. <input type="radio"/> ธ.ไทยพาณิชย์ จก. <input type="radio"/> สหกรณ์ออมทรัพย์ มศว</p>	
<p>(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน / ผู้โอนเงิน (.....) วันที่.....</p>	

1. กรณีเป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
2. กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลให้บุคคลในครอบครัว ที่ใช้นามสกุลต่างจากพนักงานมหาวิทยาลัย ให้แนบหลักฐานแสดงความสัมพันธ์ประกอบการเบิกจ่าย