

ใบเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)

1.1 ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....สังกัด.....

รหัสประจำตัวพนักงาน เลขประจำตัวประชาชน

1.2 ข้าพเจ้าเลือกสวัสดิการรักษายาบาล แบบ 1 หักเงินเดือน 10 % (เบิกได้ 200,000 บาท ต่อปี)

แบบ 2 สมทบกองทุนประกันสังคม 5 % (เบิกได้ 20,000 บาท ต่อปี)

1.3 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษายาบาล คนไข้นอก คนไข้ใน ครั้งนี้ดังนี้

[] ข้าพเจ้า จำนวนเงินบาท โรงพยาบาล

[] คู่สมรส มีสิทธิรักษายาบาล.....จำนวนเงินบาท โรงพยาบาล

[] บิดา มีสิทธิรักษายาบาล.....จำนวนเงินบาท โรงพยาบาล

[] มารดา มีสิทธิรักษายาบาล.....จำนวนเงินบาท โรงพยาบาล

[] บุตร คนที่ 1) ชื่อ.....ว/ค/ป เกิด..... จำนวนเงินบาท โรงพยาบาล

[] บุตร คนที่ 2) ชื่อ.....ว/ค/ป เกิด..... จำนวนเงินบาท โรงพยาบาล

[] บุตร คนที่ 3) ชื่อ.....ว/ค/ป เกิด..... จำนวนเงินบาท โรงพยาบาล

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ..... ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้นบาท
(.....)

1.4 ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง และต้องการเบิกเฉพาะส่วนที่เกิดสิทธิประกันสังคม และ/หรือ สิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ

ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเงินไปจากสิทธิที่พึงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ ระวังการเบิกจ่ายสวัสดิการรักษายาบาล
ของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วัน/เดือน/ปี

2. ส่วนของคณะ/สถาบันฯ

2.1 คำรับรอง

เรียน.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการรักษายาบาล
ตามข้อบังคับ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด

(ลงชื่อ).....

(.....)

หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่ หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2) ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด และมีวงเงินกองทุน
สวัสดิการฯ คงเหลือจริง สามารถเบิกจ่ายรักษายาบาลครั้งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้ บาท

หัก เบิกครั้งนี้ บาท

คงเหลือหลังหักครั้งนี้ บาท

(ลงชื่อ).....

(.....)

หัวหน้างานคลัง หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2.2 คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

คณบดี / ผู้อำนวยการ

วัน/เดือน/ปี.....

3. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการรักษายาบาล จำนวนเงิน..... บาท (.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

(.....)

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

วัน/เดือน/ปี.....

ใบเบิกค่ารักษายาบาล พ.ม.