ใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)

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

รหัสประจำตัวพนักงาน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

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

1.3 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ☐ คนไข้นอก ☐ คนไข้ใน ครั้งนี้ดังนี้

[ ] ข้าพเจ้า จำนวนเงิน .....บาท โรงพยาบาล .....

[ ] คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล.....จำนวนเงิน .....บาท โรงพยาบาล .....

[ ] บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล.....จำนวนเงิน .....บาท โรงพยาบาล .....

[ ] มารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล.....จำนวนเงิน .....บาท โรงพยาบาล .....

[ ] บุตร คนที่ 1) ชื่อ.....ว/ด/ป เกิด..... จำนวนเงิน .....บาท โรงพยาบาล .....

[ ] บุตร คนที่ 2) ชื่อ.....ว/ด/ป เกิด..... จำนวนเงิน .....บาท โรงพยาบาล .....

[ ] บุตร คนที่ 3) ชื่อ.....ว/ด/ป เกิด..... จำนวนเงิน .....บาท โรงพยาบาล .....

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ..... ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น .....บาท

(.....)

1.4 ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง และต้องการเบิกเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม และ/หรือ สิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเกินไปจากสิทธิที่พึงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ ระงับการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วัน/เดือน/ปี .....

2. ส่วนของคณะ/สถาบันฯ

2.1 คำรับรอง

เรียน.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ตามข้อบังคับ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด

(ลงชื่อ).....

(.....)

หัวหน้างานการเจ้าหน้าที่ หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2) ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด และมีวงเงินกองทุนสวัสดิการฯ คงเหลือจริง สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ได้ 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

ได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล จำนวนเงิน..... บาท (.....)

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ใบเบิกค่ารักษาพยาบาล พ.ม.