

ใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)

| | | |
|---|--|---|
| 1.1 ชื่อพ่อฯ นาง วนิช ใจมี | ที่พำนัช บ้านเลขที่ ๑๗๙ | สังกัด สถาบันภาษาไทย |
| รหัสประจำตัวพนักงาน | <input type="checkbox"/> | เลขประจำตัวประชาชน <input type="checkbox"/> |
| 1.2 ข้าพเจ้าเลือกสวัสดิการรักษาพยาบาล | <input type="checkbox"/> เมนู ๑ หักเงินเดือน 10% (มีกี่เดือน 200,000 บาท ต่อปี) <input checked="" type="checkbox"/> เมนู ๒ สมทบกองทุนประกันสังคม 5% (มีกี่เดือน 20,000 บาท ต่อปี) | |
| 1.3 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล <input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติยก <input type="checkbox"/> อนุมัติใน กรณีดังนี้ | | |
| [] ไข้หวัด | จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล | |
| [✓] ภูมิแพ้ มีสิทธิรักษาพยาบาล | จำนวนเงิน 1,000 บาท โรงพยาบาล จุฬารักษ์ | |
| [] ปีค่า มีสิทธิรักษาพยาบาล | จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล | |
| [] น้ำหน้า มีสิทธิรักษาพยาบาล | จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล | |
| [] บุตร คนที่ ๑ ชื่อ..... วันที่เกิด..... จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล | | |
| [] บุตร คนที่ ๒ ชื่อ..... วันที่เกิด..... จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล | | |
| [] บุตร คนที่ ๓ ชื่อ..... วันที่เกิด..... จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล | | |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,000 บาท ตามใบแพทย์รับเงินที่แนบ จดบัน គ่องบันทึกครั้งนี้ที่ได้รับ : 1,000 บาท (<u>ลงนามบันทึก</u>) | | |
| 1.4 ข้าพเจ้าขอรับรองได้รับเงินไปจริง และต้องการเบิกถอนที่เดินทางกลับบ้านแล้ว/หรือ ถูกเรียกคืน แต่ไม่เกินสิทธิ์ราชการ ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินยอมที่ให้รับเงินไปจากสิทธิ์ที่ระบุไว้ ไม่ขอ申ขอให้กองทุนฯ ระดับความเสี่ยงซึ่งสอดคล้องกับการค่ารักษาพยาบาล ของข้าพเจ้า ยกเว้นข้าพเจ้าจะยินยอมครบถ้วนเต็ม | (ลงชื่อ) <u>.....</u> ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (ลงชื่อ) <u>.....</u> วันที่เดือนปี <u>10 ก.ค. ๒๕๕๘</u> | |

2. ตัวบทของคณะ/สถาบันฯ

2.1 คำรับรอง

เรียน

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า

- 1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
ตามข้อบังคับ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด

(ลงชื่อ) _____

ผู้อำนวยการฝ่ายนักศึกษา หรือ ผู้อำนวยการหน่วย

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ) _____

ผู้แทนค่า/ผู้อำนวยการ

วันที่เดือนปี _____

- 2) ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อสืบมาดังนี้ รวมทั้งหักภาษี รวมเงินเดือนที่ได้รับและมีวงเงินกองทุน
สวัสดิการฯ คงเหลืออยู่ สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเบิกครั้งนี้ได้ดังนี้

วงเงินคงเหลือ

คงเหลือก่อนเบิกครั้งนี้ บาท

ที่เบิกครั้งนี้ บาท

คงเหลือหลังเบิกครั้งนี้ บาท

(ลงชื่อ) _____

ผู้อำนวยการฝ่าย หรือ ผู้ได้รับมอบหมาย

3. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท ()

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

(.....)

(.....)

วันที่เดือนปี _____

วันที่เดือนปี _____

ใบเบิกค่ารักษาพยาบาล