



## ใบเบิกเงินสวัสดิการ - ค่ายรักษาพยาบาล

พนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

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

### 2. ขอเบิกเงินค่ายรักษาพยาบาลของ

- 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

ตั้งแต่วันที่ .....ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..... บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ

### 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ายรักษาพยาบาล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

- ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ขาด

เป็นเงิน ..... บาท (.....)

และ (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ายรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

(2) บุคคลในครอบครัวข้าพเจ้า ที่ขอเบิกตามข้อ 2

- ไม่มีสิทธิได้รับค่ายรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ายรักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ได้รับต่ำกว่าหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....

(ด้านหลัง)

<p><b>4. คำรับรอง</b></p> <p>ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตาม หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยทุกประการ</p> <p>1) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเอกสาร (.....) วันที่.....</p> <p>2) ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา (นายนิรุทธ์ คำลำ) วันที่.....</p>	<p><b>5. คำอนุมัติ</b></p> <p>อนุมัติให้จ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารมย์ จันทะสอน) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p>
<p><b>6. ใบรับเงิน</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>รับเป็นเงินสด</b> ได้รับเงินจำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว ( ลงชื่อรับเงินต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น )</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>โอนเข้าบัญชีเงินฝาก (บัญชีเงินเดือนของพนักงานมหาวิทยาลัย )</b></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