

แบบฟอร์มการขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วน

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
อัตราเลขที่ □□□□□□□□ เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□
๒. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ
() ตนเอง..... เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□
() คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□
() มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□
() บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□
() บุตรคนที่ ๑ ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
() บุตรคนที่ ๒ ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
() บุตรคนที่ ๓ ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด.....
เลขประจำตัวประชาชน □□□□□□□□□□□□□□ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....
ได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ () ทางการ () เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย ว่าด้วยการใช้จ่ายเงินอุดหนุน ประเภทเงินอุดหนุนทั่วไปสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และประกาศมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย เรื่อง การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัย ค่ารักษาพยาบาลตามใบเสร็จ.....บาท ขอเบิก.....บาท (.....บาท)
ในปีงบประมาณนี้ ข้าพเจ้าได้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแล้ว.....ครั้ง เป็นเงิน.....บาท
และขอรับรองว่าได้ชำระเงินค่ารักษาพยาบาลไปจริง หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่เป็นจริงตามที่รับรอง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเกินไปจากสิทธิที่พึงมี โดยยินยอมให้ มหาวิทยาลัยฯ ระงับการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบภายใน ๓ เดือน นับแต่ได้รับแจ้งจากมหาวิทยาลัยฯ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔. ตรวจสอบการใช้สิทธิ

คำรับรอง

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
ฉบับนี้แล้วขอรับรองว่า

๑. พนักงานมหาวิทยาลัยรายนี้หรือบุคคลในครอบครัว
มีสิทธิ เบิกเงินค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบและประกาศ
ที่กำหนด

(ลงชื่อ).....

(.....)

หัวหน้างานการเงิน หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

๒. ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบและประกาศที่กำหนด
และมีวงเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลคงเหลือจริง
สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้บาท

หัก เบิกครั้งนี้บาท

คงเหลือหลังหักครั้งนี้บาท

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อำนวยการกองคลัง หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

อธิการบดี หรือ รองอธิการบดีที่ได้รับมอบหมาย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....