



ใบเบิกเงินสวัสดิการ - ค่ารักษาพยาบาล

พนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ☐ 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

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

- ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาด

เป็นเงิน บาท (.....)

และ (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

(2) บุคคลในครอบครัวข้าพเจ้า ที่ขอเบิกตามข้อ 2

- ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ได้รับต่ำกว่าหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการ
สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....

4. คำรับรอง ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตาม หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยทุกประการ 1) ลงชื่อ.....ผู้ตรวจเอกสาร (นางสาวศรัณย์พร พงษ์ประเสริฐ) วันที่..... 2) ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา (นางกชกร เพชรรัตน์) วันที่.....	5. คำอนุมัติ อนุมัติให้จ่ายได้ ลงชื่อ..... (อาจารย์ ดร.นวทรัพย์ พิชัยสามารถ) ตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา วันที่.....
6. ใบรับเงิน ☐ รับเป็นเงินสด ได้รับเงินจำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อรับเงินต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น) (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) วันที่..... ☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝาก (บัญชีเงินเดือนของพนักงานมหาวิทยาลัย) ☐ ธ. กรุงไทย จก. ☐ ธ.ไทยพาณิชย์ จก. ☐ สหกรณ์ออมทรัพย์ มศว (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน / ผู้โอนเงิน (.....) วันที่.....	

1. กรณีเป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
2. กรณีเบิกค่ารักษาพยาบาลให้บุคคลในครอบครัว ที่ใช้นามสกุลต่างจากพนักงานมหาวิทยาลัย ให้แนบหลักฐานแสดงความสัมพันธ์ประกอบการเบิกจ่าย