

กองทุนสวัสดิการพนักงาน

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

1. ข้าพเจ้า..... สังกัด..... โทรศัพท์มือถือ.....  
สถานภาพ  ลูกจ้างประจำเงินรายได้  ลูกจ้างประจำลักษณะพิเศษ  พนักงานมหาวิทยาลัย เลขประจำตัวประชาชน.....
2. ขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของ  ข้าพเจ้า  คู่สมรส ชื่อ.....  
 บิดา ชื่อ.....  มารดา ชื่อ.....  
 บุตรลำดับที่ 1 ชื่อ..... เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....  
 บุตรลำดับที่ 2 ชื่อ..... เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....  
 บุตรลำดับที่ 3 ชื่อ..... เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ....
- (1) ป่วยเป็นโรค..... (2) ได้เข้าตรวจรักษาจากสถานพยาบาลของ  ราชการ  เอกชน  
(3) ตั้งแต่วันที่..... (4) ค่ารักษาพยาบาลรวม.....บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ
3. บุคคลตามข้อ 2 ได้เข้าตรวจรักษาจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน (ถ้ามี) เมื่อวันที่.....  
ถึงวันที่..... รวม.....วัน และได้เบิกเงินเฉพาะค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (ไม่รวมค่าห้อง-ค่าอาหาร อวัยวะเทียมและอุปกรณ์)
4. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนสวัสดิการพนักงาน  เต็มจำนวน  ไม่เต็มจำนวน  เฉพาะส่วนที่ยังขาด  
เป็นเงิน.....บาท (.....)
5. บุคคลตามข้อ 2 ได้รับอนุญาตแล้วตาม  ใบแจ้งประวัติและการขอรับสวัสดิการ  ใบขอรับสวัสดิการเฉพาะส่วนที่ยังขาด
6. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการ ตามข้อ 4 เป็น  เงินสด  โอนผ่าน ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขา.....  
เลขที่บัญชี.....  โอนผ่าน สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เลขที่บัญชี.....
7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลและหลักฐานที่ใช้ในการขอเงินสวัสดิการนี้เป็นผู้มีสิทธิและเป็นหลักฐานที่ถูกต้องทุกประการ หากภายหลังมหาวิทยาลัยตรวจสอบพบว่า  
ข้าพเจ้าแสดงหลักฐานเป็นเท็จหรือมีเจตนาขอรับเงินสวัสดิการโดยไม่สุจริต ข้าพเจ้ายินดีรับโทษทางวินัยตามที่กำหนดไว้ในระเบียบว่าด้วยกองทุนสวัสดิการ  
พนักงาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ  
วันที่.....

8. เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่กองคลัง  
(.....)  
วันที่.....

10. ใบรับเงิน

กรณีรับเงินสด

ได้รับสวัสดิการดังกล่าว จำนวน.....บาท  
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว  
ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)

9. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

กรณีโอนเงิน

ได้รับสวัสดิการดังกล่าว จำนวน.....บาท  
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว  
ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)