

ใบเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลใช้ใน

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

1. ข้าพเจ้า.....สังกัดหน่วยงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....เบอร์โทรหน่วยงาน.....

สถานภาพ ลูกจ้างประจำเงินรายได้ ลูกจ้างประจำลักษณะพิเศษ พนักงานมหาวิทยาลัย เลขบัตรประชาชน.....

2. ขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของ ข้าพเจ้า คู่สมรสชื่อ.....

บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ.....

บุตรลำดับที่ 1 ชื่อ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

บุตรลำดับที่ 2 ชื่อ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

บุตรลำดับที่ 3 ชื่อ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี

(1) ป่วยเป็นโรค..... (2) ได้เข้าตรวจรักษาจากสถานพยาบาลของ ราชการ เอกชน

(3) ตั้งแต่วันที่..... (4) เบิกจ่ายให้กับโรงพยาบาล.....

อ้างถึงหนังสือรับรองสิทธิ ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ที่ อว. 0602.01/.....ลงวันที่

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนสวัสดิการพนักงาน ตามอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด

4. บุคคลตามข้อ 2 ได้รับอนุญาตแล้วตาม ใบแจ้งประวัติและการขอรับสวัสดิการพนักงาน ใบขอรับสวัสดิการเฉพาะส่วนที่ยังขาด

5. สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุตรเบิกได้ไม่เกินอายุ 20 ปีบริบูรณ์ หรือบรรลุนิติภาวะ

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลและหลักฐานที่ใช้ในการขอเบิกเงินสวัสดิการนี้เป็นผู้มีสิทธิและเป็นหลักฐานที่ถูกต้องทุกประการ หากภายหลังมหาวิทยาลัยตรวจสอบ พบว่าข้าพเจ้าแสดงหลักฐานเป็นเท็จหรือมีเจตนาขอรับเงินสวัสดิการโดยไม่สุจริต ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายและโทษทางวินัย

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....

7. เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่กองคลัง

(.....)

วันที่.....

8 . คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....