

ใบเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

<p>1. ข้าพเจ้า.....สังกัดหน่วยงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....เบอร์โทรหน่วยงาน..... สถานภาพ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำเงินรายได้ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำลักษณะพิเศษ <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย เลขบัตรประชาชน.....</p> <p>2. ขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> คู่สมรสชื่อ..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... <input type="checkbox"/> บุตรลำดับที่ 1 ชื่อ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี <input type="checkbox"/> บุตรลำดับที่ 2 ชื่อ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี <input type="checkbox"/> บุตรลำดับที่ 3 ชื่อ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี (1) ป่วยเป็นโรค..... (2) ได้เข้าตรวจรักษาจากสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน (3) ตั้งแต่วันที่.....(4) ค่ารักษาพยาบาลรวม.....บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบจำนวน.....ฉบับ</p> <p>3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนสวัสดิการพนักงาน เป็นเงิน.....บาท (.....)</p> <p>4. บุคคลตามข้อ 2 ได้รับอนุญาตแล้วตาม <input type="checkbox"/> ใบแจ้งประวัติและการขอรับสวัสดิการพนักงาน <input type="checkbox"/> ใบขอรับสวัสดิการเฉพาะส่วนที่ยังขาด</p> <p>5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการ ตามข้อ 3 เป็น <input type="checkbox"/> โอนผ่านธนาคาร สาขา..... เลขที่บัญชี..... <input type="checkbox"/> โอนผ่าน สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เลขที่บัญชี.....</p> <p>6. สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุตรเบิกได้ไม่เกินอายุ 20 ปีบริบูรณ์ หรือบรรลุนิติภาวะ</p> <p>7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลและหลักฐานที่ใช้ในการขอเบิกเงินสวัสดิการนี้เป็นผู้มีสิทธิและเป็นหลักฐานที่ถูกต้องทุกประการ หากภายหลังมหาวิทยาลัยตรวจสอบ พบว่าข้าพเจ้าแสดงหลักฐานเป็นเท็จหรือมีเจตนาขอรับเงินสวัสดิการโดยไม่สุจริต ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายและโทษทางวินัย</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ (.....) วันที่.....</p>	
<p>8. เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท</p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่กองคลัง (.....) วันที่.....</p>	<p>10. ใบรับเงิน (กรณียืมเงิน)</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีรับเงินสด ได้รับสวัสดิการดังกล่าว จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....) วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีโอนเงิน ได้รับเงินสวัสดิการดังกล่าว จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....</p>
<p>9. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p style="text-align: center;">ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p>	