

# 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"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขบัตรประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรลำดับที่ 1 ชื่อ.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรลำดับที่ 2 ชื่อ.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี</p> <p><input type="checkbox"/> บุตรลำดับที่ 3 ชื่อ.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี</p> <p>(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"/> โอนผ่านเลขที่บัญชี One Account One Person ตามที่ได้แจ้งไว้กับกองคลัง เลขที่บัญชี.....</p> <p>6. สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุตรเบิกได้ไม่เกินอายุ 20 ปีบริบูรณ์ หรือบรรลุนิติภาวะ</p> <p>7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลและหลักฐานที่ใช้ในการขอเบิกเงินสวัสดิการนี้เป็นผู้มีสิทธิและเป็นหลักฐานที่ถูกต้องทุกประการ หากภายหลัง มหาวิทยาลัยตรวจสอบ พบว่าข้าพเจ้าแสดงหลักฐานเป็นเท็จหรือมีเจตนาขอรับเงินสวัสดิการโดยไม่สุจริต ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายและ โทษทางวินัย</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ (.....) วันที่.....</p>	
<p>8. เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่กองคลัง (.....) วันที่.....</p>	<p>10. ใบรับเงิน (กรณียืมเงิน) <input type="checkbox"/> กรณีรับเงินสด ได้รับสวัสดิการดังกล่าว จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) วันที่.....</p> <p><input type="checkbox"/> กรณีโอนเงิน ได้รับเงินสวัสดิการดังกล่าว จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....</p>
<p>9. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....</p>	