

# ใบเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลใช้ใน

## มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

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

สถานภาพ  ลูกจ้างประจำเงินรายได้  ลูกจ้างประจำลักษณะพิเศษ  พนักงานมหาวิทยาลัย เลขบัตรประชาชน.....

2. ขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของ  ข้าพเจ้า  คู่สมรสชื่อ.....เลขบัตรประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บิดา ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน.....  มารดา ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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.....