ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่องว่าง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วนและถูกต้อง

สำหรับผู้ขอเบิกเงินสวัสดิการ

1. ข้าพเจ้า...................................................................ตำแหน่ง............................................สังกัด........................................

เบอร์โทรศัพท์.........................................................ป่วยเป็นโรค........................................................................................

1. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง เลขประจำตัวประชาชน.........................................................................................................................ป่วยเป็นโรค..................................................................................

 คู่สมรส ชื่อ.........................................................เลขประจำตัวประชาชน...........................................................

ป่วยเป็นโรค..................................................................................

 บิดา ชื่อ……………………………………………......เลขประจำตัวประชาชน...........................................................

ป่วยเป็นโรค..................................................................................

 มารดา ชื่อ………………………………………….….....เลขประจำตัวประชาชน............................................................

ป่วยเป็นโรค..................................................................................

 บุตร ชื่อ …………………………………………........เลขประจำตัวประชาชน...........................................................

 เกิดเมื่อ....................................................... เป็นบุตรลำดับที่ …………

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.........................................................................................................................................................

บุตร ชื่อ …………………………………………........เลขประจำตัวประชาชน...........................................................

 เกิดเมื่อ....................................................... เป็นบุตรลำดับที่ …………

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.........................................................................................................................................................

บุตร ชื่อ …………………………………………........เลขประจำตัวประชาชน...........................................................

 เกิดเมื่อ....................................................... เป็นบุตรลำดับที่ …………

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.........................................................................................................................................................

 และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) …………………………………………………………………………………….…..

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ .........................................................................

.................................................................................... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..................................................................... บาท

(……………………..….......………………………………………..………..) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ....................... ฉบับ

1. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามประกาศมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

 ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

 เป็นเงิน ................................................ บาท( …………....…………………………………………..…………………….. )

1. เสนอ ผู้อำนวยการกองบริหารงานบุคคล

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

 (ลงชื่อ) .............….....……..……………………………... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

 (......................................................................) วันที่……… เดือน…………….……… พ.ศ. ............

สำหรับเจ้าหน้าที่

1. ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ตามข้อบังคับ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด 2) ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด และมีวงเงินคงเหลือจริงสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ครั้งนี้ได้ ดังนี้

 วงเงินการเบิกจ่าย

 ยอดเงินคงเหลือก่อนเบิกจำนวน ......................................................... บาท

 ยอดเบิกครั้งนี้จำนวน ......................................................... บาท

 ยอดเงินคงเหลือจำนวน .......................................................... บาท

 (ลงชื่อ) ….....………………………………...................…... ผู้ตรวจสอบ

 (.......................................................................)

 ตำแหน่ง …….................................................

(ลงชื่อ) …...........................……......……………...............

 ( นางสุรีพร เป็งเงิน )

 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารงานบุคคล

วันที่……… เดือน…………………… พ.ศ. ............

1. คำอนุมัติ

 อนุมัติ

 (ลงชื่อ) …................................................……………………..........

( นายพงศ์พิชญ์ ต่วนภูษา )

 รองอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทน

 อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

 วันที่……..…เดือน………......…………… พ.ศ. .................

1. ใบรับเงินค่ารักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

 ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..…..…….... บาท ( …………………………..……………. )

โดยนำเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน)

สาขา................................................................................................ประเภท....................................................................... เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร...............................................................ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ………………………..……….. ผู้รับเงิน (ลงชื่อ)………….………………….......…ผู้จ่ายเงิน (…...……….....................…………………….....) (......................…...……………………………..…...) วันที่……… เดือน……………… พ.ศ. .............. วันที่……… เดือน…………….… พ.ศ. ..............