



แบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสอบสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า

เลขประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปี เกิด

ตำแหน่ง

สังกัด

อยู่บ้านเลขที่

ซอย

ถนน

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต

จังหวัด

ได้เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาล

อำเภอ

จังหวัด

เมื่อวันที่

มีความประสงค์ขอรับเงินค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพประจำปี เป็นจำนวนเงิน

บาท

(.....) ทั้งนี้ตามสิทธิของข้าพเจ้าดังนี้

กรณีอายุต่ำกว่า ๔๕ ปี

ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท

ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (กรณีปีงบประมาณที่ผ่านมายังไม่ได้เบิกจ่ายตรวจสอบสุขภาพประจำปี)

กรณีอายุตั้งแต่ ๔๕ ปีขึ้นไป

ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท

ไม่เกิน ๔,๐๐๐ บาท (กรณีปีงบประมาณที่ผ่านมายังไม่ได้เบิกจ่ายตรวจสอบสุขภาพประจำปี)

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอเบิก ดังนี้

ใบเสร็จรับเงิน เลขที่

ใบรับรองแพทย์

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(.....)

วันที่.....

ได้ตรวจแบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสอบสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยฉบับนี้แล้ว

(.....)

วันที่.....

อนุมัติให้เบิก

(.....)

วันที่.....

ได้รับเงินสวัสดิการตรวจสอบสุขภาพประจำปี จำนวน บาท

(.....) ครบถ้วนแล้ว

(.....)

วันที่.....

ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....