



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะ/สถาบัน/สำนัก/ฝ่าย..... โทร.

ที่ วันที่ เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง ส่งใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ กรณีสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารกลางและทรัพยากรบุคคล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

พนักงานมหาวิทยาลัย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง.....ระดับ.....

สังกัด ภาควิชา/ฝ่าย/งาน.....คณะ/สถาบัน/สำนัก/กอง.....

มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม ของ

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่..... จำนวน.....บาท

(.....)

2. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่..... จำนวน.....บาท

(.....)

3. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่..... จำนวน.....บาท

(.....)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(.....)

ตำแหน่ง.....