

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของบิดา/มารดา  
(สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย)

สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ..... พนักงานมหาวิทยาลัย  
ตำแหน่ง ..... สังกัด ..... สถานภาพโสด มีความประสงค์ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ  
 บิดา ชื่อ - สกุล ..... เลขบัตรประชาชน  
.....ป่วยเป็นโรค ..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล  
จาก.....ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....  
มีค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน ..... บาท ( ..... )  
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับลงวันที่ ..... จำนวน ..... ฉบับ  
 มารดา ชื่อ - สกุล ..... เลขบัตรประชาชน  
.....ป่วยเป็นโรค ..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล  
จาก.....ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....  
มีค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน ..... บาท ( ..... )  
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับลงวันที่ ..... จำนวน ..... ฉบับ  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท ( ..... )  
และได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารเพื่อโอนเงินมาด้วยแล้ว  
ทั้งนี้ ขอให้โอนเข้าบัญชี ชื่อ-นามสกุล .....  
ธนาคาร ..... สาขา ..... เลขที่บัญชี .....  
โทรศัพท์ .....

(ลงชื่อ) .....  
( ..... )  
ผู้ขอรับสวัสดิการ

สำหรับเจ้าหน้าที่การเงิน

เห็นควรอนุมัติ จำนวน ..... บาท | (ลงชื่อ) .....  
( ..... ) ผู้ตรวจสอบ

สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ ตามเสนอ  
(ลงชื่อ) .....  
( ..... )

หมายเหตุ เอกสารแนบ 1. ใบเสร็จรับเงิน  
2. ใบรับรองแพทย์

(ลงชื่อ) .....  
( ..... ) ผู้รับเงิน  
(ลงชื่อ) .....  
( ..... ) ผู้จ่ายเงิน