

แบบเบิกเงินสวัสดิการการดูแลสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____

เลขประจำตัวประชาชน _____ วัน เดือน ปี เกิด _____

ตำแหน่ง _____ สังกัด _____

ได้เข้ารับการดูแลสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาล _____

อำเภอ _____ จังหวัด _____ เมื่อวันที่ _____

มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประจำปี เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

(_____) ทั้งนี้ตามสิทธิของข้าพเจ้า ดังนี้

- ☐ ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท (กรณีอายุต่ำกว่า ๔๕ ปี)
- ☐ ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (กรณีอายุตั้งแต่ ๔๕ ปีขึ้นไป)
- ☐ ใช้สิทธิวงเงินสะสม จำนวน _____ บาท

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอเบิก ดังนี้

- ☐ ใบเสร็จรับเงิน เลขที่ _____ ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน _____ บาท
- ☐ ใบรับรองแพทย์
- ☐ อื่นๆ _____

(_____)

วันที่ _____

สำหรับเจ้าหน้าที่

☐ ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติ
จำนวนเงิน _____ บาท

(ลงชื่อ) _____
(_____)
วันที่ _____

สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ) _____
(_____)
วันที่ _____

สำหรับผู้จ่ายเงิน

(ลงชื่อ) _____
(_____)
วันที่ _____

สำหรับผู้รับเงิน

(ลงชื่อ) _____
(_____)
วันที่ _____