

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัยฯ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 สังกัด.....
 รหัสบุคลากรมหาวิทยาลัย(ระบบสารสนเทศบุคลากร).....โทร.....
 ป่วยเป็นโรค.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

2. ขอเบิกจากเงินกองทุนพนักงานมหาวิทยาลัยจำนวน.....บาท (.....) เพื่อเป็น

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม
- ตนเอง ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า)
- ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และ การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 1,500 บาท/โรค/วัน)
- เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม
- หุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

- ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

3. ขอเบิกจากเงินรายได้คณะแพทยศาสตร์ จำนวนเงิน.....บาท (.....) ของ

- คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
 เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
- เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
- เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
 เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

- สิทธิการเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของบุคคลในครอบครัวจากเงินรายได้คณะแพทยศาสตร์
- เบิก 60% ของสิทธิ กรณีจ่ายเงินสด(โรงพยาบาลสงขลานครินทร์)จำนวน.....บาท
- เบิก 50% ของสิทธิ กรณีจ่ายเงินสด(โรงพยาบาลรัฐอื่น) จำนวน.....บาท

<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p>	<p>อนุมัติให้เบิกจ่าย</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>ใบรับเงิน</p>	
<p>ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นเงิน จำนวนทั้งสิ้นบาท</p>	
<p>(.....) ไปถูกต้องแล้ว</p>	
<p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน</p>	
<p>(.....)</p>	
<p>วันที่.....</p>	