

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1 ข้าพเจ้า รหัสบุคลากร ตำแหน่ง

() พนักงานมหาวิทยาลัย () ข้าราชการบำนาญที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย

() พนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานเงินรายได้ เฉพาะแพทย์

สังกัด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร.

2 ขอเบิกเป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ปีงบประมาณละ 25,000 บาท)

ขอเบิกเป็นเงินจำนวน บาท (.....)

() ค่ารักษาพยาบาล รวมวัดขึ้นทุกประเภท () ค่าคลอดบุตร

() ตนเอง () ญาติสายตรง () บิดา () มารดา () คู่สมรส () บุตร

ป่วยเป็นโรค สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

() ข้าราชการเปลี่ยนสถานภาพ ขอเบิก "ค่าคลอดแผนไทย" เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิจากสิทธิข้าราชการบำนาญ ให้ระบุ

เลขประจำตัวประชาชน ญาติสายตรงผู้เบิก บุตร เกิดเมื่อ

() หันดกรรม (ญาติสายตรงครอบคลุมเฉพาะชุดหินปูน ชุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด และรักษารากฟัน)

() ตนเอง โรค สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

() ญาติสายตรง () บิดา () มารดา () คู่สมรส () บุตร

ป่วยเป็นโรค สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

3 () ค่ารักษาพยาบาลเฉพาะตนเอง กรณีเป็นผู้ป่วยนอก การตรวจสุขภาพประจำปี และหันดกรรม ครอบคลุมเฉพาะชุดหินปูน ชุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด และรักษารากฟัน (2,000 บาท/โรค/วัน และไม่เกิน 15 ครั้ง/ปี)

ป่วยเป็นโรค สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

4 () เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม

5 () ทพพลภาพจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

() ใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงิน

(.....)

วันที่

(บุคลากรผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการ)

เรียน

ตรวจสอบสิทธิการเบิกจ่ายแล้วถูกต้องตามระเบียบ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(เจ้าหน้าที่สาขาวิชา/ฝ่าย/หน่วยงาน)

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(ผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย)

ตรวจสอบสิทธิและการเบิกจ่ายแล้วผลอนุมัติถูกต้อง

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(เจ้าหน้าที่งานคลัง)