ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง [ ] พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

งานบริหารงานบุคคล

รับวันที่.....

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)

1.1 ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... สังกัด.....
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เลขบัตรประชาชน □□□□□□□□□□□□□ รหัสประจำตัว □□□□□

1.2 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล □ คนไข้นอก □ คนไข้ใน ครั้งนี้ดังนี้

[ ] ข้าพเจ้า จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....
[ ] คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล..... จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....
[ ] บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล..... จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....
[ ] มารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล..... จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....
[ ] บุตร คนที่ 1) ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด..... จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....
[ ] บุตร คนที่ 2) ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด..... จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....
[ ] บุตร คนที่ 3) ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด..... จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....

** รวมเป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ.....ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น.**.....บาท
(.**.....)

1.3 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง โดยที่ **เอกสารไม่เกิน 90 วัน** และต้องการเบิกเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม และ/หรือ สิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิพนักงานมหาวิทยาลัย ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเกินไปจากสิทธิที่พึงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ ระงับการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินหรือหักค่าจ้างของข้าพเจ้าจนครบถ้วน

** (ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
** (.....)
** วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. ส่วนของสำนักงานอธิการบดี

2.1 คำรับรองจากงานบริหารงานบุคคล

เรียน.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด

(ลงชื่อ) .....

(นางนภัสภรณ์ นามสละ)

หัวหน้างานบริหารงานบุคคล หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2) ผู้เบิกมีสิทธิเบิก ได้ตามข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด และมีวงเงินกองทุนสวัสดิการฯ คงเหลือจริง สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้ ..... บาท
หัก เบิกครั้งนี้ ..... บาท
คงเหลือหลังหักครั้งนี้ ..... บาท

ลงชื่อ) .....
(.....)
หัวหน้างานบริหารคลังและทรัพย์สิน หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2.2 คำอนุมัติ

3) อธิการบดี/ผู้ได้รับมอบหมาย

[ ] อนุมัติ
[ ] อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ) .....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ใบรับเงิน (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน**..... บาท (.**.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

** (ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน
** (.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....