

งานบริหารงานบุคคล

รับวันที่.....

1.1 ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี เลขบัตรประชาชน รหัสประจำตัว

1.2 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ☐ คนไข้นอก ☐ คนไข้ใน ครั้งนี้ดังนี้

[illegible]

[] ค่ำสมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล.....จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....

[] บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล.....จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....

[] มารดา นิสิตวิทยาลัยพยาบาล.....จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....

[] บัตร คนที่ 1) ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด.....จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....

[] บุตร คนที่ 2) ชื่อ.....ว/ด/ป เกิด.....จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....

[] บัตร คนที่ 3) ชื่อ.....ว/ด/ป เกิด.....จำนวนเงิน..... บาท โรงพยาบาล.....

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

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

****** (ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

****** (_____)

** วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2.1 คำรับรองจากงานบริหารงานบุคคล

เรียน.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตาม
ข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด

(ลงชื่อ)

(_____)

หัวหน้างานบริหารงานบุคคล หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2) ผู้เบิกมีสิทธิเบิก ได้ตามข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด และมีวงเงินกองทุนสวัสดิการฯ คงเหลือจริง สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลคลั่งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้ บาท

หัด 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 (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

** () ()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....