

แบบฟอร์มการขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลคริวิชัย

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วน

๑. ข้าพเจ้า.....	ตำแหน่ง.....	สังกัด.....
อัตราเลขที่ <input type="text"/>	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	
๒. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ-		
() ตนเอง.....	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	
() คู่สมรส ชื่อ	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	
() บุตรคนที่ ๑ ชื่อ.....	ว/ด/ป เกิด.....	
เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	<input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
() บุตรคนที่ ๒ ชื่อ.....	ว/ด/ป เกิด.....	
เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	<input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
() บุตรคนที่ ๓ ชื่อ.....	ว/ด/ป เกิด.....	
เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ	<input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
ป้ายเป็นโรค		
ได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....		
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ () ทางราชการ () เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....		
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท (.....)		
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..... ฉบับ		
๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลคริวิชัย ว่าด้วย การใช้จ่ายเงินอุดหนุน ประเภทเงินอุดหนุนที่ว่าไปสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๗ และประกาศคณะกรรมการบริหารงานบุคคลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย เรื่องการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ.....		
ค่ารักษาพยาบาลตามใบเสร็จ..... บาท ขอเบิก..... บาท (..... บาท)		
ในปีงบประมาณนี้ ข้าพเจ้าได้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแล้ว..... ครั้ง เป็นเงิน..... บาท		
และขอรับรองว่าได้ชำระเงินค่ารักษาพยาบาลไปจริง และต้องการเบิกค่ารักษาพยาบาลเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม และหรือสิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิพนักงานมหาวิทยาลัย หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่เป็นจริงตามที่รับรอง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเกินไปจากสิทธิที่พึงมี โดยยินยอมให้มหาวิทยาลัยฯ ระงับการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบภายใน ๓ เดือน นับแต่ได้รับแจ้งจากมหาวิทยาลัยฯ		
(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....)		
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....		

๔. ตรวจสอบการใช้สิทธิ์

คำรับรอง

เรียน.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
ฉบับนี้แล้วขอรับรองว่า

๑. พนักงานมหาวิทยาลัยรายนี้หรือบุคคลในครอบครัว^{มีสิทธิ์} เบิกเงินค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบและประกาศ
ที่กำหนด

(ลงชื่อ).....

(.....)

หัวหน้างานการเงิน หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

๒. ผู้เบิกมีสิทธิ์เบิกได้ตามระเบียบและประกาศที่กำหนด

และมีวงเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลคงเหลือจริง

สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้ บาท

หัก เบิกครั้งนี้ บาท

คงเหลือหลังหักครั้งนี้ บาท

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้อำนวยการกองคลัง หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

๕. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวนเงิน..... บาท (.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....