

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วนและถูกต้อง

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ
- ข้าพเจ้า
- บิดา ชื่อ..... คู่สมรส ชื่อ.....
- มารดา ชื่อ.....
- บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
- เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
- เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
- ป่วยเป็นโรค.....
- และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
- ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..... บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ
- เป็นเงิน.....บาท (.....) และ
- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการ
ส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) คู่สมรสของ
ข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานมหาวิทยาลัย
- เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานประจำ หรือ พนักงานชั่วคราว
ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- (3).....ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการ
ส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายการเบิกและข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

| | |
|---|---|
| <p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</p> <p>เสนอ.....</p> <p>ข้าพเจ้า.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> | <p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> |
| <p>6. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....</p> <p>(.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p>(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p> | |

หมายเหตุ พนักงานผู้ใดเบิกจ่ายเงินเป็นเท็จ มหาวิทยาลัยจะดำเนินการตามกฎหมาย