

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.) ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
 สังกัด

2.) ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

- ☐ ข้าพเจ้า ☐ คู่สมรส ชื่อ
- ☐ บิดา ชื่อ ☐ มารดา ชื่อ
- ☐ บุตร ชื่อ ☐

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

- ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ☐ เป็นบุตรในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามถึงแก่กรรมแล้ว
- ☐ เป็นบุตรในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าเนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ

เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ

ป่วยเป็นโรค และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาล ☐ ทางราชการ

☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (- -)

ตามใบสำคัญรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3.) ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เรื่อง
 หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขการให้สวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย

- ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะบางส่วนที่ยังขาดสิทธิ

เป็นเงิน บาท (- -) และ

(1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วน
 ราชการ หรือราชการท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ราชการ

- ☐ มีสิทธิแต่สิทธิได้รับต่ำกว่า
- ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า

- ☐ ไม่เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ
- ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง
 สังกัด

- ☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานส่วนราชการ หรือราชการท้องถิ่น
 ตำแหน่ง สังกัด

- ☐ เป็นพนักงาน หรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) ข้าพเจ้า

- ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของราชการ
 หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

(คู่สมรส บิดา มารดา
 หรือบุตรแล้วแก่กรณี)

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) * ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่ เดือน พ.ศ.

4.) คำรับรองของผู้บังคับบัญชา เสนอ (คุณบดี/ผู้อำนวยการสำนัก/ศูนย์/สถาบัน) ข้าพเจ้า ตำแหน่ง ได้ตรวจใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตาม ระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ) (.....)	5.) คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง
6.) ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท (- -) ว่างถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ) ✕ ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่ เดือน พ.ศ. (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

หมวดรายจ่าย

ฎีกา

ประเภท

ใบปิดใบสำคัญ

ใบสำคัญ

จำนวนเงิน บาท สตางค์ (- -)

ตามใบสำคัญฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้เอาเงินส่วนตัวทดลองจ่ายให้แก่ผู้รับไปก่อนแล้ว

ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อ) * ผู้จ่ายเงิน

(.....)

(.....)

เจ้าหน้าที่

หลักฐานแนบส่งทุกครั้ง

* สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอเบิก * สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอเบิก * สำเนาทะเบียนสมรสของบิดามารดา	กรณีเบิกให้บิดา
* สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอเบิก * สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอเบิก	กรณีเบิกให้มารดา
* สำเนาทะเบียนใบสูติบัตร (ใบเกิด) * สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอเบิก * สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอเบิก	กรณีเบิกให้บุตร
** กรณี บิดาเป็นผู้เบิก ให้แนบทะเบียนสมรสอีก 1 ฉบับ	