

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้าตำแหน่ง

สังกัด โทร

ป่วยเป็นโรค

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

ขอเบิกเงินจำนวนบาท (.....) เพื่อเป็น

☐ ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม (วงเงิน 25,000 บาท)

☐ ตนเอง ☐ ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า)

☐ ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก / ทันตกรรม (ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ผ่าฟันคุด รักษารากฟัน) / การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 2,000 บาท/โรค/วัน)

☐ เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม

☐ ทพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

☐ ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ	อนุมัติให้เบิกได้
(ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงิน	(ลงชื่อ)
(.....)	(.....)
วันที่	ตำแหน่ง

	วันที่
--	--------------

update 1/10/66