

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทร.....

ป่วยเป็นโรค.....สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

ขอเบิกเงินจำนวน.....บาท (.....) เพื่อเป็น

 ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม ตนเอง ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า) ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และ การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 1,500 บาท/โรค/วัน) เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

 ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....</p>	<p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....</p>
--	--

<p style="text-align: center;">ใบรับเงิน</p> <p>ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท</p> <p>(.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน</p> <p style="text-align: right;">(.....)</p>
