

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัยฯ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
โทร.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า คู่สมรส ชื่อ.....

บิดา ชื่อ.....

มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามระเบียบกองทุนพนักงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ว่าด้วยการจัดสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการศึกษาของบุตรพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551

เฉพาะส่วนที่ยังขาดสิทธิ (ส่วนต่างที่เบิกจากประกันตนหรือประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้)

ข้าพเจ้า

ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส บุตร)

ได้ใช้สิทธิ ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขอเบิกค่ารักษาส่วนที่ยังขาดสิทธิ
จำนวน.....บาท

สิทธิ 50% (ไม่ใช่สิทธิประกันตนและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า)

ข้าพเจ้า

ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส บุตร)

ไม่ได้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานใดๆ ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวน 50% ดังนี้
ค่ารักษาพยาบาลในใบเสร็จรับเงินจำนวน.....บาท
เบิก 50% ของใบเสร็จรับเงินจำนวน.....บาท

เลขที่บัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์.....

สรุปจำนวนเงินเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในปี พ.ศ..... (ปีงบประมาณ)

เคยใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลมาแล้ว จำนวน.....ครั้ง
เป็นเงินจำนวน.....บาท
ขอเบิกค่ารักษาครั้งนี้ จำนวน.....บาท
คงเหลือเงิน จำนวน.....บาท

ยังไม่เคยใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล
ขอเบิกค่ารักษาครั้งนี้ จำนวน.....บาท
คงเหลือเงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่.....

4. คำรับรองผู้บังคับบัญชา

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนี้แล้ว
ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

6. ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)