

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ส่วนของผู้ขอรับเงินกรอก

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 สังกัด.....โทรศัพท์มือถือ.....ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เกิดเมื่อวันที่..... บรรลุนิติภาวะแล้ว แต่ทุพพลภาพ

ป่วยเป็นโรค.....

โดยได้เข้ารับการตรวจรักษาจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....มีค่าใช้จ่ายรวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวน
 ที่ขอเบิก และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หลักฐานแนบขอเบิก

- ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล (ฉบับจริง)
- หลักฐานที่แสดงว่าเป็นบุคคลใน
ครอบครัวของพนักงานมหาวิทยาลัย

หมายเหตุ : พนักงานมหาวิทยาลัยที่สังกัดสำนักงานอธิการบดี ให้ผู้อำนวยการสำนักงานอธิการบดี เป็นผู้ลงนามรับรอง

ส่วนพนักงานมหาวิทยาลัยที่สังกัดคณะ สถาบัน สำนักหรือหน่วยงานที่เทียบเท่าคณะให้คณะบดี หรือผู้อำนวยการสถาบัน/
 สำนักเป็นผู้ลงนามรับรอง

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ส่วนของกองบริหารงานบุคคลกรอก

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอรับรองว่า(ชื่อผู้ขอรับเงินฯ).....มีสิทธิ
 ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลฯ โดยได้ผ่านการทดลองปฏิบัติงานแล้วเมื่อวันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

ส่วนของกองคลังกรอก

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอรับรองว่า(ชื่อผู้ขอรับเงินฯ).....มีสิทธิ
ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ใน
ประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลสำหรับ
พนักงานมหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๘ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....)

ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ยอดยกมา.....บาท

จ่ายครั้งนี้.....บาท

คงเหลือ.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....