

แบบฟอร์มคำขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงานที่สังกัด..... บรรจุเข้าทำงานวันที่.....

ประเภทบุคลากร

- ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)
- พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)
- พนักงานเงินรายได้ ลูกจ้างประจำ

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ.....
- บิดา ชื่อ.....
- มารดา ชื่อ.....
- บุตร ชื่อ..... เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่..... ของ บิดาหรือ มารดา
- เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
- เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

3. ป่วยเป็นโรค..... ได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาล / คลินิก / โพลีคลินิก..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ. และออกจากสถานพยาบาล เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

4. ข้าพเจ้าขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

5. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี กรณี

1. เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือเบิกจ่ายจากงบประมาณแผ่นดินได้เพียงบางส่วน
2. เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยและบุคคลในครอบครัว ไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน
3. เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือเบิกจ่ายจากประกันสังคมได้เพียงบางส่วน

6. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล สำนักงานอธิการบดี คือ

- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ สำเนาใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก

7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ

.....

8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับผู้อำนวยการขึ้นไป)

เสนอ ผู้อำนวยการกองคลัง

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดีฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

9. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ.....งานสวัสดิการ
(.....)

ตำแหน่ง.....

10. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

11. ใบรับเงิน

ได้รับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี จำนวน.....บาท
(.....) ไปถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)