

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของพนักงานสถาบัน  
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

เงินงบประมาณ

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

ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ  บิดาชื่อ.....  มารดาชื่อ.....

ข้าพเจ้า  คู่สมรสชื่อ.....

บุตร ลำดับที่ 1 ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....

บุตร ลำดับที่ 2 ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....

บุตร ลำดับที่ 3 ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....

วันที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ

เอกชน  คลินิก เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 1,000 บาท สิทธิที่เบิกได้.....บาท

โพลีคลินิก เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 2,000 บาท สิทธิที่เบิกได้.....บาท

โรงพยาบาล เบิกได้ตามจำนวนที่จ่ายจริง สิทธิที่เบิกได้.....บาท

(กรณีที่ค่ารักษาพยาบาลเกิน 1,500.- บาท ให้แนบใบรับรองแพทย์ด้วย)

ราชการ เบิกได้ตามจำนวนที่จ่ายจริง สิทธิที่เบิกได้.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน อธิการบดี

อนุมัติให้เบิกได้

ข้าพเจ้าได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามจำนวนเงินที่ขอเบิก

ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

(.....)

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของพนักงานสถาบัน คู่สมรส และบุตรจำนวนไม่เกิน 3 คน

มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่เกินคนละ 20,000.- บาท บิดา-มารดา รวมกันไม่เกิน 20,000.- บาท ต่อปี

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของพนักงานสถาบัน  
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ  บิดาชื่อ.....  มารดาชื่อ.....

ข้าพเจ้า  คู่สมรสชื่อ.....

บุตร ลำดับที่ 1 ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....

บุตร ลำดับที่ 2 ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....

บุตร ลำดับที่ 3 ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....

วันที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ

เอกชน  คลินิก เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 1,000 บาท สิทธิที่เบิกได้.....บาท

โพลีคลินิก เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินครั้งละ 2,000 บาท สิทธิที่เบิกได้.....บาท

โรงพยาบาล เบิกได้ตามจำนวนที่จ่ายจริง สิทธิที่เบิกได้.....บาท

(กรณีที่ค่ารักษาพยาบาลเกิน 1,500.- บาท ให้แนบบใบรับรองแพทย์ด้วย)

ราชการ เบิกได้ตามจำนวนที่จ่ายจริง สิทธิที่เบิกได้.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน อธิการบดี

อนุมัติให้เบิกได้

ข้าพเจ้าได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามจำนวนเงินที่ขอเบิก

ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

(.....)

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ การเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกของพนักงานสถาบัน คู่สมรส และบุตรจำนวนไม่เกิน 3 คน มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลไม่เกินคนละ 20,000.- บาท บิดา-มารดาพร้อมกันไม่เกิน 20,000.- บาท ต่อปี

