

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทร.....

ป่วยเป็นโรค.....

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

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม
- ตนเอง ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า)
- ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และ การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 2,000/โรค/วัน)
- เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย(Co-pay)เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และอวัยวะเทียม
- ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

- ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน (.....) วันที่.....	อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
ใบรับเงิน ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) วันที่.....	