

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด..... โทร.....

ป่วยเป็นโรค.....

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

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

ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม (วงเงิน 5,000 บาท)

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

<p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน (.....)</p> <p>วันที่.....</p>	<p><b>อนุมัติให้เบิกได้</b></p> <p>(ลงชื่อ)..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง..... วันที่.....</p>
---	--