****

**ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล คณะวิศวกรรมศาสตร์**

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. ข้าพเจ้า.............................................................................ตำแหน่ง...............................................................สังกัด.............................................. | | |
| 2. ขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของ  ข้าพเจ้า (ระบุ) โรงพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม............................................................................................................................  ค่ารักษาพยาบาล ค่าฉีดวัคซีน (2,000/ปี)  ค่าตรวจวัดสายตาและประกอบแว่นสายตา (1,500/ปี) ค่าทันตกรรม  คู่สมรส ชื่อ...................................................................................เลขประจำตัวประชาชน..........................................................................  บิดา ชื่อ...................................................................................เลขประจำตัวประชาชน.........................................................................  มารดา ชื่อ...................................................................................เลขประจำตัวประชาชน.........................................................................  บุตร(1) ชื่อ...................................................................................เลขประจำตัวประชาชน.........................................................................  บุตร(2) ชื่อ...................................................................................เลขประจำตัวประชาชน.........................................................................  เกิดเมื่อ............................................................... ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ  ป่วยเป็นโรค.............................................................................................................................................................................................................  และได้รับการรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล/สถานระกอบการ)...................................................................................................................  ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน(สิทธิประกันสังคม) สถานประกอบการ ตั้งแต่วันที่......................................ถึงวันที่.........................................เป็นเงินรวมทั้งสิ้น..................................บาท(............................................................................................................)  ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน..........................ฉบับ | | |
| 3.ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินของคณะวิศวกรรมศาสตร์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2561  ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น  เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากบริษัทประกันสุขภาพ / ประกันสังคม  เป็นเงิน......................................บาท (.....................................................................................................................................................................)  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิกได้ตามระเบียบฯ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  (ลงชื่อ).................................................................ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  (.................................................................)  วันที่.............เดือน...........................พ.ศ............... | | |
| 4. เสนอ รองคณบดีฝ่ายวางแผน (ผ่านหัวหน้างานการเงิน)  มีงบประมาณคงเหลือดังนี้  งบประมาณ ดำเนินการแล้ว ขอเบิกครั้งนี้ คงเหลือ  ................... ........................ .................... ....................  สิทธิเบิกตามระเบียบฯ การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการข้อ...........  ตรวจสอบแล้ว ลงชื่อ...........................................................  **หัวหน้างานการเงิน**  ตรวจสอบแล้ว ลงชื่อ........................................................... | 5. ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว  เห็นควรอนุมัติ  (ลงชื่อ)...............................................  (นางสุกัญญา ว่องวิกย์การ)  ตำแหน่ง เลขานุการคณะวิศวกรรมศาสตร์  วันที่...........เดือน...............พ.ศ........... | 6. คำอนุมัติ  อนุมัติให้เบิกได้  (ลงชื่อ)..................................................  (รองศาสตราจารย์ ดร.อิศเรศ ธุชกัลยา)  ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายวางแผน  วันที่............เดือน................พ.ศ............ |
| 6. ใบรับเงิน  ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวน ............................บาท(...............................................................................................................)  ไว้ถูกต้องแล้ว  (ลงชื่อ)..................................................................ผู้รับเงิน  (................................................................)  (ลงชื่อ)................................................................ผู้จ่ายเงิน  (.................................................................)  วันที่...............เดือน.............................พ.ศ............... | | |

**คำชี้แจง**

1. เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วย ต้องเป็นการเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ หรือโรงพยาบาลตามสิทธิ(ประกันสังคม)ของบุคลากรเท่านั้น (สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเฉพาะบุคลากร และบุคคลในครอบครัว)
2. เงินช่วยเหลือค่าฉีดวัคซีนป้องกันโรค เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลทุกแห่ง (สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเฉพาะบุคลากรเท่านั้น)
3. เงินช่วยเหลือค่าตรวจสายตาและประกอบแว่นสายตา เข้ารับบริการ ณ สถานประกอบการทุกแห่ง และต้องมีเอกสารใบเสร็จรับเงินประกอบการเบิก (สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเฉพาะบุคลากรเท่านั้น)
4. เงินช่วยเหลือค่าทันตกรรมเพื่อการรักษาสุขภาพฟัน โดยไม่รวมถึงการตกแต่งฟันเพื่อความสวยงาม เช่น จัดฟัน ดัดฟัน ฟอกสีพัน ฟันปลอม ฯลฯ เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลทุกแห่ง (สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเฉพาะบุคลากรเท่านั้น)
5. โปรดระบุโรงพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม (เฉพาะส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย ,พนักงานมหาวิทยาลัย(ส่วนงาน) ,พนักงานเงินรายได้หน่วยงาน)