****

**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/สถานประกอบการ)................................................................................................................  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) 5. ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว 6. คำอนุมัติ  มีงบประมาณคงเหลือดังนี้ เห็นควรอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้  งบประมาณ ดำเนินการแล้ว ขอเบิกครั้งนี้ คงเหลือ  ................... ........................ .................... .................... (ลงชื่อ)............................................ (ลงชื่อ)............................................  สิทธิเบิกตามระเบียบฯ การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการข้อ........... (นางสุกัญญา ว่องวิกย์การ) (รองศาสตราจารย์ ดร.อิศเรศ ธุชกัลยา)  ตรวจสอบแล้ว ลงชื่อ........................................................... ตำแหน่ง เลขานุการคณะวิศวกรรมศาสตร์ ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายวางแผน  **หัวหน้างานการเงิน**  วันที่...........เดือน...................พ.ศ...........วันที่............เดือน..................พ.ศ............  ตรวจสอบแล้ว ลงชื่อ........................................................... |
| 7. 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)