

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล คณะวิศวกรรมศาสตร์

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....		
2. ขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของ		
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า (ระบุ) โรงพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม.....		
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> ค่าฉีดวัคซีน (2,000/ปี)	
<input type="checkbox"/> ค่าตรวจวัดสายตาและประกอบแว่นสายตา (1,500/ปี)	<input type="checkbox"/> ค่าทันตกรรม	
<input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....		
<input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....		
<input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....		
<input type="checkbox"/> บุตร(1) ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....		
<input type="checkbox"/> บุตร(2) ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....		
เกิดเมื่อ.....	<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ	
ป่วยเป็นโรค.....		
และได้รับการรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล/สถานประกอบการ).....		
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน(สิทธิประกันสังคม) <input type="checkbox"/> สถานประกอบการ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....		
.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)		
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ		
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินของคณะวิศวกรรมศาสตร์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2562		
<input type="checkbox"/> ตามสิทธิ		
<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น		
<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากบริษัทประกันสุขภาพ / ประกันสังคม		
เป็นเงิน.....บาท (.....)		
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิกได้ตามระเบียบฯ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ		
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....		
4. เสนอ รองคณบดีฝ่ายการคลังฯ (ผ่านรชก.หัวหน้างานบริหารฯ) มีงบประมาณคงเหลือดังนี้ งบประมาณ ดำเนินการแล้ว ขอเบิกครั้งนี้ คงเหลือ สิทธิเบิกตามระเบียบฯ การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการขอ..... ตรวจสอบแล้ว ลงชื่อ..... รชก.หัวหน้างานบริหารการเงินและแผนงาน ตรวจสอบแล้ว ลงชื่อ.....	5. ตรวจสอบความถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติ (ลงชื่อ)..... (นางสาวกรรณา บุญจารุพัฒน์) ตำแหน่ง เลขานุการคณะวิศวกรรมศาสตร์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	6. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (รองศาสตราจารย์ ดร.วรมณี มังละศิริ) ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายการคลังและงบประมาณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล จำนวนบาท (.....)

ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

1. เงินช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วย ต้องเป็นการเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่เป็น โรงพยาบาลของรัฐ หรือ โรงพยาบาลตามสิทธิ(ประกันสังคม)ของบุคลากรเท่านั้น (สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเฉพาะบุคลากร และบุคคลในครอบครัว)
2. เงินช่วยเหลือค่าฉีดวัคซีนป้องกันโรค เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลทุกแห่ง (สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเฉพาะบุคลากรเท่านั้น)
3. เงินช่วยเหลือค่าตรวจสายตาและประกอบแว่นสายตา เข้ารับบริการ ณ สถานประกอบการทุกแห่ง และต้องมีเอกสารใบเสร็จรับเงินประกอบการเบิก (สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเฉพาะบุคลากรเท่านั้น)
4. เงินช่วยเหลือค่าทันตกรรมเพื่อการรักษาสุขภาพฟัน โดยไม่รวมถึงการตกแต่งฟันเพื่อความสวยงาม เช่น จัดฟัน ดัดฟัน ฟอกสีฟัน ฟันปลอม ฯลฯ เข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลทุกแห่ง (สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลเฉพาะบุคลากรเท่านั้น)
5. โป้รคระนูโรงพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม (เฉพาะส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย ,พนักงานมหาวิทยาลัย(ส่วนงาน) ,พนักงานเงินรายได้หน่วยงาน)