

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

1. ข้าพเจ้า _____ รหัสบุคลากร _____

ตำแหน่ง _____ สังกัด _____

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากป่วยเป็น _____

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) _____

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ _____ ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น _____ บาท (_____)

ตามใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ _____ ฉบับ

3. การเบิกครั้งนี้เป็นครั้งที่ _____ ในปีการศึกษา _____ (ยอดวงเงินคงเหลือ _____ บาท)

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก
(_____)

4. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

4.1 หัวหน้างาน/หัวหน้าสาขาวิชา

4.3 ผู้อำนวยการสำนัก/คณบดี

ลงชื่อ _____

ลงชื่อ _____

(_____)

(_____)

_____/_____/_____

_____/_____/_____

4.2 หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าศูนย์/รองคณบดี

4.4 รองอธิการบดี/อธิการบดี

ลงชื่อ _____

ลงชื่อ _____

(_____)

(_____)

_____/_____/_____

_____/_____/_____

5. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ สามารถเบิกได้ () เต็มจำนวน () ไม่เต็มจำนวน

โดยจะเบิกได้ _____ บาท (_____)

และจะยังคงเหลือเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในครั้งต่อไป เป็นเงิน _____ บาท

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(_____)

_____/_____/_____

6. คำรับรองของหัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

ข้าพเจ้าได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ _____ บาท

ลงชื่อ _____ หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์
(_____)

_____/_____/_____