

แบบฟอร์มคำขอรับเงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า..... ☐ คู่สมรส ชื่อ.....

☐ บิดา ชื่อ..... ☐ มารดา ชื่อ.....

☐ บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

ป่วยเป็นโรค.....

ได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาล/คลินิก.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....และออกจากสถานพยาบาลเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ข้าพเจ้าขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

4. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติรับเงินสวัสดิการ คือ

☐ (1) ใบเสร็จรับเงิน / สำเนาใบเสร็จรับเงิน กรณีที่เบิกเงินเพิ่มเติมจากสิทธิที่พึงเบิกได้

☐ (2) เอกสารแสดงความเกี่ยวข้อง

☐ (3) ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารักษาพยาบาลในคลินิก / สำเนาใบรับรองแพทย์ที่ใช้เบิกตามสิทธิไปก่อนแล้ว

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกของ นาย/นาง/นางสาว.....พร้อมหลักฐานประกอบแล้ว

เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

เบิกครั้งก่อน	เบิกครั้งนี้	คงเหลือ	ผู้ตรวจสอบ (หมวดทรัพยากรมนุษย์)

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (หัวหน้างานหรือผู้อำนวยการกอง)

เสนอ คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ (ผ่านรองคณบดีฝ่ายบริหาร)

ข้าพเจ้า นางปิ่นพนิต โปมิล ตำแหน่ง เลขานุการคณะเภสัชศาสตร์ ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิก

ได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามประกาศของคณะเภสัชศาสตร์ มธ.กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นางปิ่นพนิต โปมิล)

ตำแหน่ง เลขานุการคณะเภสัชศาสตร์

8. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(รศ.ดร.ภก.รัฐพล อาษาสุจริต)

ตำแหน่งคณบดีคณะเภสัชศาสตร์

วันที่...../...../.....