

แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....		
สังกัด	โทรศัพท์.....	
สายงาน <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ		
๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ		
<input type="checkbox"/> ตนเอง		
<input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน	
<input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน	
<input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน	
<input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....	เลขประจำตัวประชาชน	
เกิดวันที่		
เป็นบุตรลำดับที่..... ของ <input type="checkbox"/> บิดา หรือ <input type="checkbox"/> มารดา		
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ		
ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (รายการเบิกตามบัญชี)		
.....		
.....		
.....		
เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)		
๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี		
<input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)		
<input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน		
<input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน		
๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ		
<input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน		
<input type="checkbox"/> ใบสั่งแพทย์/ใบรับรองแพทย์(รายการที่ระบุ)		
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)		
๕. รายละเอียดการโอนเงิน		
ชื่อบัญชี	ชื่อบัญชี	
เลขที่บัญชี	อีเมล(E-mail)	
๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ		
ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ		
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.		
เบิกครั้งก่อน	เบิกครั้งนี้	คงเหลือ
.....

<p>๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขานุการคณะ/คณบดี)</p> <p>เสนอ ผู้อำนวยการกองคลัง</p> <p>ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด</p> <p>ลงชื่อ..... ผู้รับรอง (.....)</p>
<p>๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท</p> <p>ลงชื่อ..... งานสวัสดิการฯ/ (.....) ส่วนงาน ตำแหน่ง.....</p>
<p>๙. คำขออนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... อนุมัติ (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.</p>

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน
 ส่วนงาน.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ส่วนงานที่สังกัด..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงิน
 จำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับการ
 จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่