

แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

<p>๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....</p> <p>สังกัด..... โทรศัพท์.....</p> <p>สายงาน <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ</p>
<p>๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน</p> <p style="padding-left: 40px;">เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่..... ของ <input type="checkbox"/> บิดา หรือ <input type="checkbox"/> มารดา</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (รายการเบิกตามบัญชี)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)</p>
<p>๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน</p>
<p>๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน</p> <p><input type="checkbox"/> ใบสั่งแพทย์/ใบรับรองแพทย์(รายการที่ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> อื่น ๆ (สำเนาทะเบียนบ้าน,สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน,สำเนาทะเบียนสมรส)</p>
<p>๕. รายละเอียดการโอนเงิน</p> <p>ชื่อธนาคาร ชื่อบัญชี</p> <p>เลขที่บัญชี อีเมล(E-mail)</p>
<p>๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: right;">ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ</p> <p style="text-align: right;">วันที่.....เดือน.....พ.ศ.</p> <p>ยอดยกปี งบปีปัจจุบัน รวม</p> <p>..... </p> <p>เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ</p> <p>..... </p>

๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขานุการคณะ/คณบดี)

เสนอ ผู้อำนวยการกองคลัง

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)

๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ..... งานสวัสดิการฯ/
(.....) ส่วนงาน
ตำแหน่ง.....

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ..... อนุมัติ
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน
 ส่วนงาน.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

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

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่