

แบบฟอร์มคำขอรับเงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....

๒. 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.....

๓. ข้าพเจ้าขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติรับเงินสวัสดิการ คือ

- (1) ใบเสร็จรับเงิน / สำเนาใบเสร็จรับเงิน กรณีที่เบิกเงินเพิ่มเติมจากสิทธิที่พึงเบิกได้
 (2) เอกสารแสดงความเกี่ยวพัน
 (3) ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารักษาพยาบาลในคลินิก / สำเนาใบรับรองแพทย์ที่ใช้เบิกตามสิทธิไปก่อนแล้ว

๕. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๖. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกของ นาย/นาง/นางสาว.....พร้อมหลักฐานประกอบแล้ว

เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

เบิกครั้งก่อน	เบิกครั้งนี้	คงเหลือ	ผู้ตรวจสอบ (หมวดทรัพยากรมนุษย์)

๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (หัวหน้างานหรือผู้อำนวยการกอง)

เสนอ คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ (ผ่านรองคณบดีฝ่ายบริหารจัดการองค์กรเพื่อความยั่งยืนและวิเทศสัมพันธ์)

ข้าพเจ้า นางปิ่นพินิต โปมิล ตำแหน่ง รัชก.ในตำแหน่งเลขานุการคณะเภสัชศาสตร์ ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้
เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามประกาศของคณะเภสัชศาสตร์ มธ.กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นางปิ่นพินิต โปมิล)

รัชก.ในตำแหน่งเลขานุการคณะเภสัชศาสตร์

๘. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(รศ.ดร.ภก.อรัญญ์ เจษฎาญาณเมธา)

ตำแหน่งคณบดีคณะเภสัชศาสตร์

วันที่...../...../.....