

แบบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ของบิดา มารดา

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) _____ พนักงานมหาวิทยาลัย
ตำแหน่ง _____ สังกัด _____

มีความประสงค์ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ บิดา ชื่อ-สกุล _____
เลขบัตรประจำตัวประชาชน _____ มารดา ชื่อ-สกุล _____

เลขบัตรประจำตัวประชาชน _____ โดยมีค่ารักษาพยาบาลตามใบเสร็จ ดังนี้

1. เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท
2. เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท
3. เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท
4. เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท
5. เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท

รวมเป็นเงินที่ขอเบิกทั้งสิ้น _____ บาท (_____)
ทั้งนี้ ได้แนบ (1) ใบเสร็จรับเงิน (2) ใบรับรองแพทย์ มาด้วยแล้ว

(ลงชื่อ) _____
(_____)
วันที่ _____

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติ
จำนวนเงิน _____ บาท

(ลงชื่อ) _____
(_____)
วันที่ _____

สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ) _____
(_____)
วันที่ _____

สำหรับผู้จ่ายเงิน

(ลงชื่อ) _____
(_____) ผู้จ่ายเงิน
วันที่ _____

สำหรับผู้รับเงิน

(ลงชื่อ) _____
(_____) ผู้รับเงิน
วันที่ _____