

# แบบเบิกเงินสวัสดิการการดูแลสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_

เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ วัน เดือน ปี เกิด \_\_\_\_\_

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ สังกัด \_\_\_\_\_

ได้เข้ารับการดูแลสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาล \_\_\_\_\_

อำเภอ \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ เมื่อวันที่ \_\_\_\_\_

มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประจำปี เป็นจำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท

( \_\_\_\_\_ ) ทั้งนี้ตามสิทธิของข้าพเจ้า ดังนี้

- ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท (กรณีอายุต่ำกว่า ๕๕ ปี)
- ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (กรณีอายุตั้งแต่ ๕๕ ปีขึ้นไป)
- ใช้สิทธิวงเงินสะสม จำนวน \_\_\_\_\_ บาท

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอเบิก ดังนี้

- ใบเสร็จรับเงิน เลขที่ \_\_\_\_\_ ลงวันที่ \_\_\_\_\_  
จำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท
- ใบรับรองแพทย์

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

## สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติ  
จำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

## สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

## สำหรับผู้จ่ายเงิน

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_

## สำหรับผู้รับเงิน

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

วันที่ \_\_\_\_\_