

แบบฟอร์มคำขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ส่วนที่ 1

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สังกัด..... โทร.....

สถานะภาพ ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัย (คณะแพทยศาสตร์) พนักงานเงินรายได้  
ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว

2. ขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการตามข้อ 10 ระเบียบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสวัสดิการ  
ของคณะแพทยศาสตร์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563

(1) ค่าใช้จ่ายสุขภาพ

ข้าพเจ้า  คู่สมรส ชื่อ.....

บิดา ชื่อ.....  มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือ  
สามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย

ป่วยเป็นโรค.....

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

(2) ค่าใช้จ่ายกรณีการเข้าที่จอดรถภายในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ถึงวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ยี่ห้อรถ.....เลขทะเบียน.....

สถานที่จอดรถ.....

(3) ค่าใช้จ่ายกรณีการเช่าที่พักอาศัย

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าเช่าที่พักอาศัย บ้านเลขที่.....ถนน.....ซอย.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

ตามสัญญาเช่า ลงวันที่.....เดือน..... พ.ศ. .... ในอัตราเดือนละ.....บาท (.....)

จำนวน.....เดือน ได้แก่ (โปรดระบุเดือน และ พ.ศ.).....

3. ข้าพเจ้าขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการตามข้อ 10 เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

## ส่วนที่ 2

หลักฐานการขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการตามข้อ 10 ระเบียบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสวัสดิการของคณะแพทยศาสตร์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563

4. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ คือ

**(1) หลักฐานการขอเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายสุขภาพ**

(1) ใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ

(2) สำเนาใบเสร็จรับเงินที่เบิกเงินเพิ่มจากงบประมาณแผ่นดิน  
หรือเบิกจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ (รับรองสำเนาถูกต้อง) จำนวน.....ฉบับ

(3) ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับรักษาพยาบาลในคลินิก / โพลีคลินิก จำนวน.....ฉบับ

**(2) หลักฐานการขอเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายกรณีการเข้าที่จอดรถภายในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**

(1) ใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ

**(3) หลักฐานการขอเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายกรณีการเข้าที่พักอาศัย**

(1) สำเนาสัญญาเช่าที่อยู่อาศัย จำนวน.....ฉบับ

(2) ใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ

5. ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับที่ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากหน่วยงานอื่นเต็มจำนวนแล้ว ไม่สามารถนำสำเนามาใช้สิทธิเบิกจ่ายสวัสดิการซ้ำซ้อน

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

งบประมาณ.....	ขอเบิกจ่ายมาแล้วรวมเป็นเงินทั้งสิ้น	ขอเบิกจ่ายครั้งนี้	คงเหลือ
(.....)	.....	.....	.....

**ส่วนที่ 3**

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้ากองขึ้นไป)

เสนอ.....คณะบดีคณะแพทยศาสตร์.....

ข้าพเจ้า.....รศ.พญ.วินิทรา นวลละออง.....ตำแหน่ง.....ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการฉบับนี้ ขอรับรองว่าผู้ขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการมีสิทธิเบิกจ่ายเงินสวัสดิการได้ เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ และเป็นไปตามข้อ 10 ระเบียบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และ อัตราการจ่ายเงินสวัสดิการของคณะแพทยศาสตร์ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....รศ.พญ.วินิทรา นวลละออง.....)

8. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นควรอนุมัติจ่ายเงิน

จำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....

งานบริหารทรัพยากรมนุษย์

ลงชื่อ.....

งานคลังและพัสดุ

9. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

10. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการตามข้อ 10 จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว

● โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารทหารไทย  
เลขที่บัญชี.....  
ชื่อบัญชี.....  
ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)

● โอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย  
เลขที่บัญชี.....  
ชื่อบัญชี.....  
ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)