

แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

<p>๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....</p> <p>สังกัด.....โทร.....</p>						
<p>เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท</p> <table style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย</td><td><input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)</td><td><input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)</td><td><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ					
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว					
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ					
<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>เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่..... ของ <input type="checkbox"/> บิดา หรือ <input type="checkbox"/> มารดา</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (ระบุรายการเบิกตามบัญชี)</p> <p>.....</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 (ตามรายการที่ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ / ใบสั่งแพทย์ (ตามรายการที่ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารเพิ่มเติมอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)</p>						

๕. รายละเอียดการโอนเงิน

ชื่อธนาคาร ชื่อบัญชี

เลขที่บัญชี อีเมล(E-mail).....

๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้ากองขึ้นไป)

เสนอ.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์.....

ข้าพเจ้า.....ผศ.ดร.เดชา บุรณจิตรีภรณ์.....ตำแหน่ง.....ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ตามอัตราการจ่ายเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของคณะแพทยศาสตร์

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(ผศ.ดร.เดชา บุรณจิตรีภรณ์)

๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกจ่ายเงินสวัสดิการและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นควรอนุมัติจ่ายเงิน

จำนวน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....

งานบริหารทรัพยากรมนุษย์

ลงชื่อ.....

งานคลังและพัสดุ

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ..... อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ยอดยกมา	งบปีปัจจุบัน	รวม
.....
เบิกครั้งก่อน	เบิกครั้งนี้	คงเหลือ
.....

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน

ส่วนงาน.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ส่วนงานที่สังกัด..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้
 จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และ
 เงื่อนไขการขอรับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่