

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จะเป็น

<b>1 ข้าพเจ้า</b> ..... รหัสบุคลากร ..... ตำแหน่ง ..... <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานเงินรายได้ เฉพาะแพทย์ สังกัด สาขาวิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร. ....	
<b>2 ขอเบิกเป็นเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล "สิทธิพนักงานมหาวิทยาลัย"</b> ขอเบิกเป็นเงินจำนวน..... บาท (.....) <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> ค่าคลอดบุตร ของ <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> ญาติสายตรง <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร ป่วยเป็นโรค ..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... <input type="checkbox"/> ข้าราชการเปลี่ยนสถานภาพ ขอเบิก "ค่านวดแผนไทย" เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิจากสิทธิข้าราชการบำนาญ ให้ระบุ เลขประจำตัวประชาชน ญาติสายตรงผู้เบิก ..... บุตร เกิดเมื่อ ..... <input type="checkbox"/> <b>ทันตกรรม ของ</b> <input type="checkbox"/> ตนเอง โรค ..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... <input type="checkbox"/> ญาติสายตรง <input type="checkbox"/> บิดา <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> คู่สมรส <input type="checkbox"/> บุตร ป่วยเป็นโรค ..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ..... <input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และการตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 1,500 บาท/โรค/วัน) <input type="checkbox"/> เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม <input type="checkbox"/> ทพพลภาพจากอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ <b>เอกสารแนบประกอบการขอเบิก</b> ( ) ใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงิน (.....) วันที่ .....	<b>เรียน</b> ..... ตรวจสอบสิทธิการเบิกจ่ายแล้วถูกต้องตามระเบียบ (ลงชื่อ) ..... (.....) ตำแหน่ง ..... วันที่ .....
<b>อนุมัติให้เบิกได้</b> (ลงชื่อ) ..... (อาจารย์นายแพทย์วิรัชชัย สมัย) ตำแหน่ง รักษาการแทนหัวหน้าสาขาวิชาพยาธิวิทยา วันที่ ..... (ผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย)	ตรวจสอบสิทธิและการเบิกจ่ายแล้วผลอนุมัติถูกต้อง (ลงชื่อ) ..... (.....) ตำแหน่ง ..... วันที่ ..... (เจ้าหน้าที่งานคลัง)
<b>ใบรับเงิน</b> ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นเงินจำนวนทั้งสิ้น ..... บาท (.....) "ไปถูกต้องแล้ว" (ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน (.....)	