

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วนและถูกต้อง

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

ข้าพเจ้า ชื่อ .....  คู่สมรส ชื่อ .....

บิดา ชื่อ .....

มารดา ชื่อ .....

บุตร ชื่อ ..... เกิดเมื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) .....

เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) .....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

เป็นบุตรอยู่ในอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมายหรือการหย่าขาด  
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ..... ชื่อ .....

เกิดเมื่อ ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ .....

ป่วยเป็นโรค .....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล) .....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่ .....

ถึงวันที่ ..... รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท

( ..... ) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามประกาศมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เรื่องสวัสดิการ  
การรักษาพยาบาล  ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน ..... บาท ( ..... ) และ

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของทางราชการ หรือหน่วยงาน  
อื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานมหาวิทยาลัย

เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานประจำ หรือพนักงานชั่วคราว  
ตำแหน่ง ..... สังกัด .....

(3) ..... ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือ  
ราชการท้องถิ่น หรือ หน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</p> <p>เสนอ .....</p> <p>ข้าพเจ้า .....</p> <p>ตำแหน่ง .....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้มีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ และมีหลักฐานถูกต้อง ตามจำนวนเงินที่ขอเบิก</p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p>( ..... )</p>	<p>5. คำขออนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p>( ..... )</p> <p>ตำแหน่ง .....</p>
---	--

## 6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนเงิน ..... บาท  
 ( ..... ) ไปถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน  
 ( ..... )

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
 ( ..... )

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

หมายเหตุ พนักงานผู้ใดเบิกจ่ายเงินเป็นเท็จ มหาวิทยาลัยจะดำเนินการตามกฎหมาย