



ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงาน/ลูกจ้างมหาวิทยาลัย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

<p>1 ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> พนักงาน <input type="checkbox"/> ลูกจ้างมหาวิทยาลัย สังกัด ตำแหน่ง.....</p> <p>* วันที่บรรจุเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง.....</p> <p>2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือ เสมือนไร้ความสามารถ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือ ได้สมรสตามกฎหมาย หรือ สามเณรสามเณรแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย</p> <p>(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ</p> <p>เกิดเมื่อวันที่ ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่</p> <p>ป่วยเป็นโรค ชื่อสถานพยาบาล <input type="checkbox"/> ราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน</p> <p>ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่</p> <p>เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ</p>	
<p>3 ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัย ว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p>เป็นเงิน บาท (.....) และขอรับรองว่า</p> <p>(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง สังกัด.....</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นพนักงาน/ลูกจ้างในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง สังกัด.....</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ</p> <p>(3)ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า</p> <p>(4) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน</p> <p>เมื่อวันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน</p> <p>และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ไปแล้ว จำนวน บาท</p> <p>(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)</p> <p>(5)ของข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน</p> <p>เมื่อวันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน</p> <p>และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรีไปแล้ว จำนวน บาท</p> <p>(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)</p> <p>ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ</p> <p>วันที่ เดือน พ.ศ.</p>	
<p>4 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</p> <p>เสนอ อธิการบดี</p> <p>ข้าพเจ้า</p> <p>ตำแหน่ง</p> <p>ขอรับรองว่าผู้มีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนเงินที่ขอเบิก</p> <p>ลงชื่อ</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>.....</p> <p>ปฏิบัติงานแทนอธิการบดี</p> <p>วันที่</p>
<p>6. การจ่ายเงิน</p> <p>6.1 โอนเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ มจร. ของผู้มีสิทธิเบิกแล้ว ตามแบบ กค 30</p> <p>ครั้งที่...../25.....</p> <p>วันที่.....</p>	<p>6.2 โอนเข้าบัญชีเงินเดือน ของผู้มีสิทธิเบิกแล้ว ตามแบบ กค 30/1</p> <p>ประจำเดือน...../25.....</p> <p>วันที่.....</p>