

แบบฟอร์มคำขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
สายงาน ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย ลูกจ้างประจำ พนักงานเงินรายได้สังกัด สนง.อธิการบดี
ปฏิบัติงานเมื่อวันที่.....
 เคยบรรจุเป็นพนักงานเงินรายได้สังกัดสำนักงานอธิการบดี เมื่อวันที่.....
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
 ข้าพเจ้า คู่สมรส ชื่อ.....
 บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ.....
 บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อวันที่..... เป็นบุตรลำดับที่..... ของ บิดาหรือ มารดา
 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
 เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
3. ป่วยเป็นโรค..... ได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาล/
คลินิก/โพลีคลินิก..... ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... และ
ออกจากสถานพยาบาล เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
4. ข้าพเจ้าขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....)
5. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี กรณี
 1. เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้หรือเบิกจ่ายจากงบประมาณแผ่นดินได้เพียงบางส่วน
 2. เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยและบุคคลในครอบครัวไม่ได้
หรือได้เพียงบางส่วน
 3. เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้หรือเบิกจ่ายจากประกันสังคมได้เพียงบางส่วน
6. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี คือ
 ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ สำเนาใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับรักษาพยาบาลใน คลินิก/โพลีคลินิก
7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เปิดครั้งก่อน เปิดครั้งนี้ คงเหลือ

.....

8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้ากองขึ้นไป)

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดีฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิก

สิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

9. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ.....งานสวัสดิการ

(.....)

10. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

11. ใบรับเงิน

ได้รับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี จำนวน.....บาท

(.....) ไปคู่ต้อง

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)