

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทร.....

ป่วยเป็นโรค.....

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

ขอเบิกเงินจำนวน.....บาท (.....) เพื่อเป็น

<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม (วงเงิน 25,000 บาท) <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า)
<input type="checkbox"/> ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก / ทันตกรรม (ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ผ่าฟันคุด รักษารากฟัน) / การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 2,000 บาท/โรค/วัน)
<input type="checkbox"/> เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม
<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

 ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน (.....) วันที่.....	อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
---	---