

ใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)

1.1 ข้าพเจ้า	ตำแหน่ง	สังกัด <input checked="" type="checkbox"/>																								
รหัสประจำตัวพนักงาน <input type="text"/>	เลขประจำตัวประชาชน <input type="text"/>																									
1.2 ข้าพเจ้าเลือกสวัสดิการรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> แบบ 1. หักเงินเดือน 10% (เบิกได้ 200,000 บาท ต่อปี) <input type="checkbox"/> แบบ 2. สมบทกองทุนประกันสังคม 5% (เบิกได้ 20,000 บาท ต่อปี)																										
1.3 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> คนไข้บุตร <input type="checkbox"/> คนไข้ภรรยา ครั้งนี้ดังนี้																										
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล <input checked="" type="checkbox"/> ฯ</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> มารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 1) ชื่อ ว/ด/ป/ เกิด</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 2) ชื่อ ว/ด/ป/ เกิด</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 3) ชื่อ ว/ด/ป/ เกิด</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td>รวมเป็นเงินทั้งสิ้น <input checked="" type="checkbox"/> บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น <input checked="" type="checkbox"/> บาท (.....)</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล <input checked="" type="checkbox"/> ฯ	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> มารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 1) ชื่อ ว/ด/ป/ เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 2) ชื่อ ว/ด/ป/ เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 3) ชื่อ ว/ด/ป/ เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น <input checked="" type="checkbox"/> บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น <input checked="" type="checkbox"/> บาท (.....)		
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																								
<input type="checkbox"/> คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล <input checked="" type="checkbox"/> ฯ	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																								
<input type="checkbox"/> บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																								
<input type="checkbox"/> มารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																								
<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 1) ชื่อ ว/ด/ป/ เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																								
<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 2) ชื่อ ว/ด/ป/ เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																								
<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 3) ชื่อ ว/ด/ป/ เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																								
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น <input checked="" type="checkbox"/> บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น <input checked="" type="checkbox"/> บาท (.....)																										
1.4 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง และต้องการเบิกเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม และ/หรือ สิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเกินไปจากสิทธิที่เพียงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ ระงับการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว																										
(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วัน/เดือน/ปี 																										

2. ส่วนของคณะ/สถาบันฯ

2.1 คำรับรอง

เรียน

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ตามข้อบังคับฯ /ประกาศและระเบียบที่กำหนด

(ลงชื่อ)
 (.....)
 หัวหน้างานการอธิการบดี หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2) ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด และมีเงินกองทุนสวัสดิการฯ คงเหลืออย่าง สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย
 คงเหลือก่อนหักครั้งนี้ บาท
 หักเบิกครั้งนี้ บาท
 คงเหลือหลังหักครั้งนี้ บาท

(ลงชื่อ)
 (.....)
 หัวหน้างานคนอื่น หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)
 (.....)

ตำแหน่ง
 คณบดี/ผู้อำนวยการ
 วัน/เดือน/ปี

3. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 วัน/เดือน/ปี วัน/เดือน/ปี

*** โปรดอ่านค่าใช้จ่ายการกรอกข้อมูลด้านหลัง ***

คำชี้แจง

(ก) สังกัด

ให้ระบุภาควิชา/งาน และส่วนงานที่สังกัด

(ข) มีสิทธิรักษาพยาบาล ให้ระบุสิทธิรักษาพยาบาลที่มีอยู่ เช่น สิทธิ์ราชการ สิทธิผู้รับบำนาญ หรือหน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ

(ค) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น

ให้ระบุจำนวนเงินรวมจากใบเสร็จรับเงินทุกฉบับ

(ก) โดยอบิกรังนีทั้งสิ้น ให้ระบุจำนวนเงินรวมตามสิทธิที่ขอเบิกครั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1) พนักงานมหาวิทยาลัย | - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิ์ราชการ |
| 2) ครอบครัวสิทธิประกันสังคม | - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิ์ราชการ |
| 3) ครอบครัวสิทธิ์ราชการ/รัฐวิสาหกิจ | - ไม่สามารถเบิกได้ |
| 4) ครอบครัวสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ | - เบิกได้เฉพาะส่วนที่ไม่เกินสิทธิ์ราชการ |