

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. สมทบกองทุนประกันสังคม 5% (เบิกได้ 20,000 บาท ต่อปี)																													
1.3 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> คนไข้ตนอก <input type="checkbox"/> คนไข้ใน ครั้งนี้ดังนี้																													
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า</td> <td style="width: 40%;">จำนวนเงิน</td> <td style="width: 30%;">บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล <input checked="" type="radio"/></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"/> นารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 1) ชื่อ ว/ค/ป เกิด</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 2) ชื่อ ว/ค/ป เกิด</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 3) ชื่อ ว/ค/ป เกิด</td> <td>จำนวนเงิน</td> <td>บาท โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td colspan="2">รวมเป็นเงินทั้งสิ้น <input checked="" type="radio"/></td> <td>บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น <input checked="" type="radio"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">(.....)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล <input checked="" type="radio"/>	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> นารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 1) ชื่อ ว/ค/ป เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 2) ชื่อ ว/ค/ป เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 3) ชื่อ ว/ค/ป เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น <input checked="" type="radio"/>		บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น <input checked="" type="radio"/>	(.....)		
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																											
<input type="checkbox"/> คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล <input checked="" type="radio"/>	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																											
<input type="checkbox"/> บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																											
<input type="checkbox"/> นารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																											
<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 1) ชื่อ ว/ค/ป เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																											
<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 2) ชื่อ ว/ค/ป เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																											
<input type="checkbox"/> บุตร คนที่ 3) ชื่อ ว/ค/ป เกิด	จำนวนเงิน	บาท โรงพยาบาล																											
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น <input checked="" type="radio"/>		บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น <input checked="" type="radio"/>																											
(.....)																													
1.4 ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง และต้องการเบิกเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม และ/หรือ สิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเงินไปจากสิทธิที่พึงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ ระงับการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว																													
(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วัน/เดือน/ปี																													

2. ส่วนของคณะ/สถาบันฯ

2.1 คำรับรอง

เรียน

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ตามข้อบังคับฯ /ประกาศและระเบียบที่กำหนด

(ลงชื่อ)

(.....)
 ผู้ห้ามงานทางหน้าที่ หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2) ผู้บิ乾坤สิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับฯ/ประกาศและระเบียบที่กำหนด และเบี้ยเงินกองทุน สวัสดิการฯ คงเหลือจริง สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้ บาท

หัก เบิกครั้งนี้ บาท

คงเหลือหลังหักครั้งนี้ บาท

(ลงชื่อ)

(.....)
 ผู้ห้ามงานทางหน้าที่ หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2.2 คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

คำแนะนำ

คอมมิชชันวายการฯ

วัน/เดือน/ปี

3. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(.....)

วัน/เดือน/ปี

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วัน/เดือน/ปี

*** โปรดอ่านก่อนและตรวจสอบข้อมูลด้านหนังสือ ***

คำชี้แจง

- (ก) สังกัด ให้ระบุภาควิชา/งาน และส่วนงานที่สังกัด
- (ข) มีสิทธิรักษาพยาบาล ให้ระบุสิทธิรักษาพยาบาลที่มีอยู่ เช่น สิทธิข้าราชการ สิทธิผู้รับบำนาญ หรือหน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ
- (ค) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ให้ระบุจำนวนเงินรวมจากใบเสร็จรับเงินทุกฉบับ
- (ง) โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น ให้ระบุจำนวนเงินรวมตามสิทธิที่ขอเบิกครั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ดังนี้
1) พนักงานมหาวิทยาลัย - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ
2) ครอบครัวสิทธิประกันสังคม - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ
3) ครอบครัวสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ - ไม่สามารถเบิกได้
4) ครอบครัวสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ - เบิกได้เฉพาะส่วนที่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ