

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัยฯ
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....
รหัสบุคลากร.....โทร.....
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ
 - ☐ ข้าพเจ้า ☐ คู่สมรส ชื่อ.....
 - ☐ บิดา ชื่อ.....
 - ☐ มารดา ชื่อ.....
 - ☐ บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
 - ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
 - ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว
 - ☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....
- ป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามระเบียบกองทุนพนักงานมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ว่าด้วยการจัดสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการศึกษาของบุตรพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551
 - ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดสิทธิ (ส่วนต่างที่เบิกจากประกันตนหรือประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้)
 - ☐ ข้าพเจ้า
 - ☐ ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส บุตร)
 - ได้ใช้สิทธิ ☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขอเบิกค่ารักษาส่วนที่ยังขาดสิทธิ
จำนวน.....บาท
 - ☐ สิทธิ 50% (ไม่ใช้สิทธิประกันตนและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
 - ☐ ข้าพเจ้า
 - ☐ ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส บุตร)
 - ไม่ได้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานใดๆ ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวน 50% ดังนี้
ค่ารักษาพยาบาลในใบเสร็จรับเงินจำนวน.....บาท
เบิก 50% ของใบเสร็จรับเงินจำนวน.....บาท

สรุปจำนวนเงินเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในปี พ.ศ..... (ปีงบประมาณ)

☐ เคยใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลมาแล้ว จำนวน.....ครั้ง
เป็นเงินจำนวน.....บาท
ขอเบิกค่ารักษาครั้งนี้ จำนวน.....บาท
คงเหลือเงิน จำนวน.....บาท

☐ ยังไม่เคยใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล
ขอเบิกค่ารักษาครั้งนี้ จำนวน.....บาท
คงเหลือเงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่.....

4. คำรับรองผู้บังคับบัญชา

เสนอ.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแล้ว
ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิได้รับตามระเบียบที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....
(.....)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

6. ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)