

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย กรณีเป็นผู้ป่วยนอก
โปรดกรอกข้อความให้ครบถ้วน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 สังกัด.....โทร.....
 รหัสบุคลากร.....
 ป่วยเป็นโรค.....
 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยนอกจำนวน.....บาท (.....)
 สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....โทร.....

การรักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอกได้ทุกสถานพยาบาลที่มีแพทย์ปฏิบัติหน้าที่ ไม่เกิน 20 ครั้งต่อปี
 ครั้งละไม่เกิน 800 บาท

สรุปจำนวนครั้งในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ.....(ปีงบประมาณ)

วัน/เดือน/ปี	ครั้งที่	คงเหลือ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

คำรับรองผู้บังคับบัญชา เสนอ..... ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิได้รับตามระเบียบที่เบิก (ลงชื่อ)..... (.....) วันที่.....	คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
---	---