

แบบฟอร์มคำขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

สายงาน ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ

ข้าราชการเปลี่ยนสถานภาพเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย เมื่อวันที่.....

พนักงานมหาวิทยาลัย ปฏิบัติงานเมื่อวันที่.....

(เคยบรรจุเป็นพนักงานเงินรายได้สังกัดสำนักงานอธิการบดี เมื่อวันที่.....)

พนักงานเงินรายได้ ปฏิบัติงานเมื่อวันที่.....

พนักงานราชการ ปฏิบัติงานเมื่อวันที่.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า คู่สมรส ชื่อ.....

บิดา ชื่อ..... มารดา ชื่อ.....

บุตร ชื่อ.....เกิดวันที่.....เป็นบุตรลำดับที่.....ของ บิดาหรือ มารดา

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

3. ป่วยเป็นโรค.....ได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาล / คลินิก / โพลีคลินิก.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

และออกจากสถานพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

4. ข้าพเจ้าขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

5. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี กรณี

1. เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือเบิกจ่ายจากงบประมาณแผ่นดินได้เพียงบางส่วน

2. เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยและบุคคลในครอบครัวไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน

3. เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือเบิกจ่ายจากประกันสังคมได้เพียงบางส่วน

6. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล สำนักอธิการบดี คือ

ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ สำเนาใบเสร็จรับเงิน ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลใน คลินิก/โพลีคลินิก

7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

.....

8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับหัวหน้ากองขึ้นไป)

เสนอ.....ผู้อำนวยการกองคลัง.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดีฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

9. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ.....งานสวัสดิการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

10. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

11. ใบรับเงิน

ได้รับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี จำนวน.....บาท
(.....) ไปถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)