



ทวนที่สุด บันทึกข้อความ

ส่วนงานงานธุรการ กองคลัง สำนักงานอธิการบดี โทร. ภายใน ๔๓๐๖

ที่ ศธ.๐๕๑๓.๑๐๑๐๕/ว. ๑๓๙๕๙๙ วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

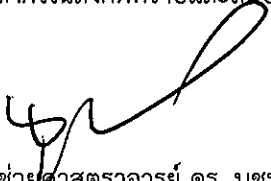
เรื่อง ขอนำส่งแบบฟอร์มการเบิกเงินอุดหนุนสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการศึกษาของบุตร สำหรับ
พนักงานมหาวิทยาลัยเงินงบประมาณ ปรับปรุงปี ๒๕๖๒ และยกเลิกการใช้แบบฟอร์มเดิม

เรียน คณะ สำนัก สถาบัน / สำนักงานอธิการบดี

ตามที่ มหาวิทยาลัย มีการกำหนดแบบฟอร์มการเบิกเงินอุดหนุนสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการศึกษาบุตร สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยเงินงบประมาณ เป็นกระดาษขาว ตัวอักษรสีเขียว ตั้งแต่เริ่มเบิก จ่ายเงินสวัสดิการ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการเบิกจ่าย และให้ส่วนงานดำเนินการจัดพิมพ์แบบฟอร์ม เพื่อใช้ในการ ดำเนินงานตามรูปแบบที่กำหนด ปัจจุบันกองคลังได้รับทราบปัญหาจากบางหน่วยงาน และส่วนกลางของวิทยาเขตใน การจัดพิมพ์แบบฟอร์มให้บุคลากร เช่น ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับหมึกพิมพ์ ซึ่งมีราคาแพง และเป็นการเพิ่มต้นทุนในการ ดำเนินการด้วยนั้น

เพื่อให้การดำเนินการจัดทำใบเบิกเงินอุดหนุนสวัสดิการมีความคล่องตัว ลดต้นทุนในการจัดพิมพ์ กอง คลัง จึงได้ดำเนินการปรับปรุงแบบฟอร์มการเบิกเงินอุดหนุนสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (แบบ ๗๑๐๕) และการศึกษาของบุตร (แบบ ๗๒๑๘) สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยเงินงบประมาณ เป็นกระดาษสีเขียว ตัวอักษรสีดำ เพื่อใช้แทนแบบฟอร์มใบเบิกเงินอุดหนุนสวัสดิการฉบับเดิม ดังแนบ ท่านสามารถ Download แบบฟอร์มนี้ผ่าน Website กองคลัง (<http://www.finance.ku.ac.th>) และกำหนดเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ทั้งนี้กรณีที่มีส่วนงานยังมีแบบฟอร์มฉบับเดิมเหลืออยู่ให้นำมาใช้ในการเบิกจ่ายได้ต่อไปจนกว่าจะหมด

จึงเรียนมาเพื่อทราบและแจ้งเวียนบุคลากรในสังกัดทราบและถือปฏิบัติต่อไป


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นุชนาถ มั่งคั่ง)
รองอธิการบดีฝ่ายการเงิน

อุดหนุนสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

แบบ 7105

งานงบประมาณ กองคลัง

เลขที่

วันที่

เวลารับ

/จ่าย

1. ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว..... ตำแหน่งสังกัด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

- ข้าพเจ้า
 บิดา ชื่อ..... คู่สมรส ชื่อ.....
 มารดา ชื่อ.....
 บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....
เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
 เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
 เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าเนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่ซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่..... ชื่อ.....
เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่

ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน บาท (.....)และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ตำแหน่ง.....

สังกัด

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง..... สังกัด.....

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่เดือน..... พ.ศ.....

| | |
|---|---|
| <p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</p> <p>เสนอ</p> <p>ข้าพเจ้า.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> | <p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่ เดือน พ.ศ.....</p> |
| <p>6. ใบโอนเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท(.....)</p> <p>โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด มหาชน สาขา เลขที่บัญชี.....</p> <p>ชื่อบัญชี.....</p> <p>(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน</p> <p>(.....)</p> | |

คำชี้แจง

- ก เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับ ตามระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
- ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

อุดหนุนสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

| | |
|--|--|
| 1. ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว..... ตำแหน่ง | |
| สังกัด เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ | |
| 2. คู่สมรสของข้าพเจ้าชื่อ | |
| <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการ หรือลูกจ้างประจำ | |
| <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการ <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง สังกัด | |
| <input type="checkbox"/> เป็นพนักงาน หรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ/ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ตำแหน่ง สังกัด | |
| 3. ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอใช้สิทธิเนื่องจาก | |
| <input type="checkbox"/> เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย | |
| <input type="checkbox"/> เป็นมารดา | |
| 4. ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ | |
| (1) เงินบำรุงการศึกษา | (2) เงินค่าเล่าเรียน |
| 1) บุตรชื่อ | เกิดเมื่อ |
| เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) | เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) |
| (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่ | |
| ชื่อ | เกิดเมื่อ |
| ถึงแก่กรรมเมื่อ | |
| สถานศึกษา | อำเภอ |
| จังหวัด | |
| ชั้นที่ศึกษา | (1) <input type="checkbox"/> |
| | (2) <input type="checkbox"/> จำนวน |
| | บาท |
| 2) บุตรชื่อ | เกิดเมื่อ |
| เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) | เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) |
| (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่ | |
| ชื่อ | เกิดเมื่อ |
| ถึงแก่กรรมเมื่อ | |
| สถานศึกษา | อำเภอ |
| จังหวัด | |
| ชั้นที่ศึกษา | (1) <input type="checkbox"/> |
| | (2) <input type="checkbox"/> จำนวน |
| | บาท |
| 3) บุตรชื่อ | เกิดเมื่อ |
| เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) | เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) |
| (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่ | |
| ชื่อ | เกิดเมื่อ |
| ถึงแก่กรรมเมื่อ | |
| สถานศึกษา | อำเภอ |
| จังหวัด | |
| ชั้นที่ศึกษา | (1) <input type="checkbox"/> |
| | (2) <input type="checkbox"/> จำนวน |
| | บาท |

5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดจากสิทธิ เป็นเงิน บาท
(.....)

6. ข้าพเจ้ารับรองว่า

- ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร และ ข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง
- บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกเงินช่วยเหลือตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร แต่เพียงฝ่ายเดียว
- คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานของทางราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร องค์การอิสระ องค์การมหาชน หรือหน่วยงานอื่นใด ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน บาท

(ลงชื่อ) ผู้รับเงินสวัสดิการ
วันที่ เดือน พ.ศ.

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิได้รับตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ)
(.....)
ตำแหน่ง

8. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)
(.....)
ตำแหน่ง

9. ใบโอนเงิน

โปรตโอนเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน บาท (.....)
โดยโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด มหาชน สาขา
เลขที่บัญชี.....ชื่อบัญชี

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)