

# อุททูลนสว้สดีการพนักงนมหาวทยาลัย

## ใบเบงเงินสว้สดีการเกยวกับการรกษาพยาบาล

ใบเบงเงินสว้สดีการเกยวกับการรกษาพยาบาลของพนักงนมหาวทยาลัยเกษตรศาสตร

โปรดทำครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

แบบ 7105

งานงบประมาณ กองคลัง

เลขที่ .....

วันที่ .....

เวลารับ .....

/จ่าย .....

1. ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว..... ตำแหน่ง .....สังกัด .....

2. ขอเบงเงินค่ารกษาพยาบาลของ ..... เบอร์โทรศัพทที่ติดตอ.....

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 .....

และได้เข้ารับการตรวจรกษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) .....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่ .....

ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น .....

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสว้สดีการเกยวกับการรกษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสว้สดีการเกยวกับการรกษาพยาบาล

ตามสิทธิ  ไม่เต็มจำนวน  เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน ..... บาท (.....)และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารกษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบงเงินค่ารกษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของ

ข้าพเจ้า  เป็นพนักงานมหาวทยาลัยเกษตรศาสตร ตำแหน่ง.....

สังกัด .....

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง..... สังกัด.....

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารกษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... ผู้ขอรับเงินสว้สดีการ

วันที่ .....เดือน..... พ.ศ.....

#### 4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ .....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว

ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....

(.....)

#### 5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

#### 6. ใบโอนเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน ..... บาท(.....)

โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด มหาชน สาขา ..... เลขที่บัญชี.....

ชื่อบัญชี.....

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

(.....)

#### คำชี้แจง

ก เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย

ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับ ตามระเบียบว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

จ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ