

## แบบเบิกเงินสวัสดิการด้านค่ารักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง .....

สังกัด .....

ขอเบิกเงินจำนวน.....บาท (.....)

ยอดเงินคงเหลือ.....บาท (.....)

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตร<br>ค่าทันตกรรม และค่าตรวจสุขภาพประจำปี<br>ตามรายการสวัสดิการสุขภาพพื้นฐาน<br><input type="checkbox"/> ตนเอง<br><input type="checkbox"/> ญาติสายตรง<br>(บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของ<br>ข้าพเจ้า) | <input type="checkbox"/> เพื่อซื้อสินค้าหรือบริการตามรายการสวัสดิการ<br>ด้านสุขภาพยืดหยุ่น<br><br><input type="checkbox"/> ค่าเวชภัณฑ์/แว่นสายตา<br><input type="checkbox"/> ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัคร<br>เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับ<br>การออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพ<br>ร่างกายหรืออบรมสมาธิทั้งภาครัฐ<br>ภาคเอกชน หรือส่วนงานของ<br>มหาวิทยาลัย<br><input type="checkbox"/> อุปกรณ์ดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย<br><input type="checkbox"/> อุปกรณ์ประกอบการทำงานเพื่อจัดหรือ<br>ปรับสภาพแวดล้อมของเครื่องมือ<br>การทำงานให้เข้ากับผู้ปฏิบัติงาน<br>รวมไปถึงการปรับสรีระของร่างกาย<br>ให้เหมาะสมแก่การทำงาน<br>ระบุรายละเอียดสินค้า/บริการ<br>..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### เอกสารประกอบการขอเบิก

- ☐ ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง
 ☐ ใบรับรองแพทย์ (กรณีเบิกสวัสดิการสุขภาพพื้นฐาน)
- หมายเหตุ ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์อายุไม่เกิน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่ออกใบเสร็จหรือใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน

(.....)

วันที่.....

**สำหรับเจ้าหน้าที่งานบุคคล**

รับเอกสาร เมื่อวันที่ ..... ลงชื่อเจ้าหน้าที่.....  
 ตรวจสอบเอกสาร เมื่อวันที่ ..... ลงชื่อเจ้าหน้าที่.....  
☐ เอกสารครบถ้วน ☐ เอกสารไม่ครบถ้วน  
 ส่งคืนวันที่.....

**เรียน หัวหน้าสำนักงานกลาง (งานการเงิน)**

**เพื่อพิจารณา**

☐ เห็นควรอนุมัติ ☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ  
☐ ความเห็นอื่น (ถ้ามี) .....

ลงชื่อ .....

(นางสาวศุภพิชญ์ มากแก้ว)

วันที่ .....

**เรียน รองผู้อำนวยการ อว.ม.อ.**

**เพื่อพิจารณา**

☐ เห็นควรอนุมัติ ☐ ไม่เห็นควรอนุมัติ  
☐ ความเห็นอื่น (ถ้ามี) .....

ลงชื่อ .....

(นายวรสันต์ โสภณ)

วันที่ .....

**เรียน ผู้อำนวยการ อว.ม.อ.**

**เพื่อพิจารณาอนุมัติ**

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ  
☐ ความเห็นอื่น (ถ้ามี) .....

ลงชื่อ .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์คำรณ พิทักษ์)

วันที่ .....