

แบบฟอร์มขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ☐ ตนเอง
- ☐ คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....
- ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
.....เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

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

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้วเห็นว่า
ถูกต้องควรอนุมัติจ่ายเงินได้ตามระเบียบ มธ. ว่าด้วยหลักเกณฑ์และ
อัตราการจ่ายเงินของหอสมุดแห่งมธ.จำนวน.....บาท

เบิกไปแล้ว

คงเหลือ

.....

งานอำนวยการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....