

ใบเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

1. ข้าพเจ้า.....สังกัดหน่วยงาน..... โทรศัพท์มือถือ..... เบอร์โทรหน่วยงาน..... สถานภาพ ☐ ลูกจ้างประจำเงินรายได้ ☐ ลูกจ้างประจำลักษณะพิเศษ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย เลขบัตรประชาชน.....	
2. ขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ คู่สมรส ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
☐ บิดา ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	☐ มารดา ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
☐ บุตรลำดับที่ 1 ชื่อ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี	
☐ บุตรลำดับที่ 2 ชื่อ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี	
☐ บุตรลำดับที่ 3 ชื่อ..... เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี	
(1) ป่วยเป็นโรค..... (2) ได้เข้าตรวจรักษาจากสถานพยาบาลของ ☐ ราชการ ☐ เอกชน (3) ตั้งแต่วันที่..... (4) ค่ารักษาพยาบาลรวม.....บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบจำนวน.....ฉบับ	
3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนสวัสดิการพนักงาน เป็นเงิน.....บาท (.....)	
4. บุคคลตามข้อ 2 ได้รับอนุญาตแล้วตาม ☐ ใบแจ้งประวัติและการขอรับสวัสดิการพนักงาน ☐ ใบขอรับสวัสดิการเฉพาะส่วนที่ยังขาด	
5. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการ ตามข้อ 3 เป็น ☐ โอนผ่านเลขที่บัญชี One Account One Person ตามที่ได้แจ้งไว้กับกองคลัง เลขที่บัญชี.....	
6. สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุตรเบิกได้ไม่เกินอายุ 20 ปีบริบูรณ์ หรือบรรลุนิติภาวะ	
7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลและหลักฐานที่ใช้ในการขอเบิกเงินสวัสดิการนี้เป็นผู้มีสิทธิและเป็นหลักฐานที่ถูกต้องทุกประการ หากภายหลัง มหาวิทยาลัยตรวจสอบ พบว่าข้าพเจ้าแสดงหลักฐานเป็นเท็จหรือมีเจตนาขอรับเงินสวัสดิการโดยไม่สุจริต ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบตามกฎหมายและ โทษทางวินัย	
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับสวัสดิการ (.....) วันที่.....	

8. เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายจำนวนเงินทั้งสิ้น.....บาท (ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่กองคลัง (.....) วันที่.....	10. ใบรับเงิน (กรณียืมเงิน) ☐ กรณีรับเงินสด ได้รับสวัสดิการดังกล่าว จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) วันที่.....
9. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....	☐ กรณีโอนเงิน ได้รับเงินสวัสดิการดังกล่าว จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....