

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
สำหรับบุคคลในครอบครัวของพนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

แบบ กง. ๐๐๙

ส่วนงาน.....
เลขที่.....
วันที่.....
เวลารับ.....
/จ่าย.....

๑. ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว ตำแหน่ง สังกัด
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

คู่สมรส ชื่อ

บิดา ชื่อ

มารดา ชื่อ

บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ

ป่วยเป็นโรค
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่
ถึงวันที่ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนดเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับบุคคล
ในครอบครัวของพนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้

ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ
เป็นเงิน บาท (.....) และขอรับรองว่า
..... ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว

๔. คำรับรองของผู้ตรวจสอบ
เสนอ
ข้าพเจ้า
ตำแหน่ง
ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้
แล้วขอรับรองว่าผู้มีสิทธิเบิกตามระเบียบ ตามจำนวนที่
ขอเบิก
(ลงชื่อ)
(.....)

๕. คำอนุมัติ
อนุมัติให้เบิกได้
(ลงชื่อ)
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่ เดือน พ.ศ.

๖. ใบโอนเงิน
ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท (.....)
โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร สาขา

ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้ากระทำการหรือพยายามกระทำการใด ๆ เพื่อให้มหาวิทยาลัย
จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุคคลในครอบครัวโดยมิชอบ เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือผู้อื่นไม่ว่ากรณีใด ถือว่าเป็นกรณีความผิดที่ปรากฏ
ชัดแจ้งของข้าพเจ้า และยินดีให้เรียกเงินคืนเพื่อชดใช้เงินสวัสดิการคืนแก่มหาวิทยาลัยจนครบจำนวน อีกทั้ง ถูกตัดสิทธิไม่ได้รับเงินสวัสดิการนี้
ตลอดไป

ลงชื่อ ผู้ขอรับสวัสดิการ / ผู้รับเงิน
(.....)
วันที่ เดือน พ.ศ.