

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
สำหรับบุคคลในครอบครัวของพนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

แบบ กง. ๐๐๙
ส่วนงาน.....
เลขที่.....
วันที่.....
เวลา.....
/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.