



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กลุ่มงานการเงิน กองคลัง โทร.0-2470-8129

ที่ ศธ. 5801.4/

วันที่ 2 มีนาคม 2555

เรื่อง แจ้งการใช้แบบใบเบิกสวัสดิการที่ปรับปรุงใหม่

เรียน บุคลากรผู้มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลและค่าเล่าเรียนบุตร

ด้วยหน่วยจ่ายเงินสวัสดิการ กลุ่มงานการเงิน กองคลัง ได้ปรับปรุงแบบใบเบิก
เงินสวัสดิการดังต่อไปนี้

1. แบบ กค. 05 ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงาน/ลูกจ้าง
2. แบบ กค. 05/1 คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
3. แบบ กค. 16 ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรสำหรับพนักงาน

จึงขอให้ผู้มีสิทธิเบิก โปรดใช้แบบที่ปรับปรุงนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2555 เป็นต้นไป

โพธิ์ผุย
(นางโคกฤษ์ ปรีเปรมใจ)
ผู้ปฏิบัติงานบริหาร สหกิจ

✓
5/3/55



ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงาน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1 ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด

2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ☐ ข้าพเจ้า ☐ คู่สมรส ชื่อ
- ☐ บิดา ชื่อ ☐ มารดา ชื่อ
- ☐ บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)

* วันที่บรรจุเป็นพนักงาน

เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

- ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือ เสมือนไร้ความสามารถ
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือ สามีถึงแก่กรรมแล้ว
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ
เกิดเมื่อวันที่ ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่
ป่วยเป็นโรค
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน
ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....)
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3 ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☐ ตามระเบียบมหาวิทยาลัย ว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน ☐ เฉพาะส่วนที่ขาด

เป็นเงิน บาท (.....) และ ขอรับรองว่า

- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง สังกัด.....
- ☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง สังกัด.....
- ☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
- (3)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- (4) ข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน
- เมื่อวันที่ ถึงวันที่
รวมระยะเวลา วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน บาท
(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)
- (5)ของข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่ ถึง วันที่
- รวมระยะเวลา วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน บาท
(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่ เดือน พ.ศ.

4 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ อธิการบดี

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนเงิน
ที่ขอเบิก

ลงชื่อ

(.....)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

.....
(นางปรีดา เจริญกุล)

ผู้อำนวยการกองคลัง

ปฏิบัติงานแทนอธิการบดี

วันที่

6 ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงลายมือชื่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่

7 การมอบฉันทะ

ข้าพเจ้า ไม่สามารถมารับเงินค่ารักษาพยาบาลได้
จึงมอบให้ นาย/นาง/นางสาว เป็นผู้มารับเงินดังกล่าวแทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ ผู้มอบฉันทะ

(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)



ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรสำหรับพนักงาน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1 ข้าพเจ้า ตำแหน่งสังกัด

*วันที่บรรจุเป็นพนักงาน.....

2 คู่สมรสของข้าพเจ้า ชื่อ

☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ☐ เป็นข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่งสังกัด☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการหรือของราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่งสังกัด

☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

3 กรณีมิได้ใช้สิทธิในฐานะสามี

☐ บุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสกันตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว☐ บุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าตามกฎหมาย

4 ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้

☐ เงินบำรุงการศึกษา☐ เงินค่าเล่าเรียน

1 บุตรชื่อเกิดเมื่อ

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่

ชื่อเกิดเมื่อถึงแก่กรรมเมื่อ

สถานศึกษาอำเภอจังหวัด

ชั้นที่ศึกษา☐ จำนวนบาท☐

2 บุตรชื่อเกิดเมื่อ

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่

ชื่อเกิดเมื่อถึงแก่กรรมเมื่อ

สถานศึกษาอำเภอจังหวัด

ชั้นที่ศึกษา☐ จำนวนบาท☐

3 บุตรชื่อเกิดเมื่อ

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่

ชื่อเกิดเมื่อถึงแก่กรรมเมื่อ

สถานศึกษาอำเภอจังหวัด

ชั้นที่ศึกษา☐ จำนวนบาท☐

5 ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร

เดิมจำนวน	เป็นเงิน		บาท
ครั้งจำนวน	เป็นเงิน		บาท
เฉพาะส่วนที่ยังขาด	เป็นเงิน		บาท
รวมเป็นเงิน		=====	บาท

(.....)

6 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

- ☐ ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือตามระเบียบมหาวิทยาลัย ว่าด้วย สวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร และข้อความที่ระบุข้างต้นเป็นความจริง
- ☐ บุตรของข้าพเจ้าอยู่ในข่ายได้รับการช่วยเหลือตามระเบียบมหาวิทยาลัย ว่าด้วย สวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร
- ☐ สามีสองข้าพเจ้ามิได้ใช้สิทธิขอรับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นที่สังกัด
- ☐ คู่สมรสของข้าพเจ้าได้รับการช่วยเหลือจากรัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนกลาง หน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น ต่ำกว่าจำนวนที่ได้รับจากทางราชการ จำนวน บาท จริง

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่ เดือน พ.ศ.

7 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ อธิการบดี
ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง
ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรฉบับ
นี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวน
ที่ขอเบิก

ลงชื่อ
(.....)

8. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ

(นางปริญดา เจริญจิตต์ผล)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่

9 ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตร จำนวน บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....)

วันที่

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่

10 การมอบฉันทะ

ข้าพเจ้า ไม่สามารถมารับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรได้
จึงมอบให้ นาย/นาง/นางสาว เป็นผู้มารับเงินดังกล่าวแทนข้าพเจ้า

ลงชื่อ ผู้มอบฉันทะ
(.....)

วันที่

ลงชื่อ ผู้รับมอบฉันทะ
(.....)

วันที่

คำขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

1. เสนอ

ข้าพเจ้า

ซึ่งมีเลขที่ประจำตัวประชาชน

☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐อายุ.....ปี สถานภาพ ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงาน ตำแหน่ง.....

สังกัด..... กระทรวง/จังหวัด

มีความประสงค์จะขอหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษายาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า☐ คู่สมรส ชื่อ☐ บิดา ชื่อ☐ มารดา ชื่อ☐ บุตร ชื่อ

เกิดเมื่อ

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)

เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

ซึ่งมีเลขที่ประจำตัวประชาชน

☐ - ☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐

อายุ.....ปี หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือเดินทางป่วยเป็นโรค.....

ได้เข้ารับการรักษายาบาลจากสถานพยาบาล.....ที่ตั้ง.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล
สำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษายาบาลดังกล่าวตามสิทธิ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.....

2. เสนอ อธิการบดี

ขอรับรองว่า ข้าราชการผู้นี้มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล
ตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.....

หมายเหตุ 1. เสนอผู้บังคับบัญชาหรือผู้เบิกเงินบำนาญเบี้ยหวัด

2. เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล



ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานแบบไม่ประจำ/ลูกจ้าง

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1 ข้าพเจ้า ตำแหน่งสังกัด

2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

ป่วยเป็นโรค

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3 ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☐ ตามระเบียบมหาวิทยาลัย ว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานแบบไม่ประจำ/ลูกจ้าง☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน ☐ เฉพาะส่วนที่ขาด

เป็นเงิน บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ☒ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการ หรือ หน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ส่วนราชการ(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง สังกัด.....☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง สังกัด.....

☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ(3) ข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่ ถึงวันที่

รวมระยะเวลา วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน บาท

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

4 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ อธิการบดี

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนเงินที่ขอเบิก

ลงชื่อ

(.....)

5. คำอนุมัติ

(นางปริญดา เจริญคุณผล)

ผู้อำนวยการกองคลัง

ปฏิบัติงานแทนอธิการบดี

วันที่



ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงาน/ลูกจ้างมหาวิทยาลัย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น1 ข้าพเจ้า ☐ พนักงาน ☐ ลูกจ้างมหาวิทยาลัย สังกัด ตำแหน่ง.....

* วันที่บรรจุเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง.....

2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ บิดา ชื่อ☐ มารดา ชื่อ☐ คู่สมรส ชื่อ☐ บุตร ชื่อ☐ บุตร ชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือ เสมือนไร้ความสามารถ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือ สามังแก่กรรมแล้ว☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ

เกิดเมื่อวันที่ ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่

ป่วยเป็นโรค ชื่อสถานพยาบาล ☐ ราชการ ☐ เอกชน

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3 ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัย ว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

เป็นเงิน บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง สังกัด.....☐ เป็นพนักงาน/ลูกจ้างในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง สังกัด.....☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ(3)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า(4) ข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรีไปแล้ว จำนวน บาท

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5)ของข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่ ถึงวันที่ รวมระยะเวลา วัน

และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรีไปแล้ว จำนวน บาท

(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่ เดือน พ.ศ.....

4 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ อธิการบดี

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนเงินที่ขอเบิก

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(นางปริญดา เจริญสุข)

ผู้อำนวยการกองคลัง

ปฏิบัติงานแทนอธิการบดี

วันที่

6. การจ่ายเงิน

6.1 โอนเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ มจร. ของผู้มีสิทธิเบิกแล้ว ตามแบบ กค 30

ครั้งที่...../25.....

วันที่.....

6.2 โอนเข้าบัญชีเงินเดือน ของผู้มีสิทธิเบิกแล้ว ตามแบบ กค 30/1

ประจำเดือน...../25.....

วันที่.....



คำขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

1. เสนอ

ข้าพเจ้า

เลขที่ประจำตัวประชาชน

- - - -

อายุ ปี สถานภาพ ☐ ข้าราชการบำนาญ ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงาน ตำแหน่ง

สังกัด

มีความประสงค์ขออนุญาตรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล สำหรับการรักษาพยาบาลของ

- ☐ ข้าพเจ้า
☐ คู่สมรส ชื่อ
☐ บิดา ชื่อ
☐ มารดา ชื่อ
☐ บุตร ชื่อ

เกิดเมื่อ

เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถซึ่งอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดู

เลขที่ประจำตัวประชาชน

- - - -

อายุ ปี หรือเลขที่บัตรประจำตัวคนต่างด้าว/เลขที่หนังสือเดินทางป่วยเป็นโรค

เข้ารับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาล ที่ตั้ง อำเภอ จังหวัด

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
สำหรับบุคคลที่เข้ารับการรักษาพยาบาลดังกล่าวตามสิทธิ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ.

2. เสนอ ผู้อำนวยการกองคลัง

ขอรับรองว่า บุคลากรข้างต้นมีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
ตามสิทธิ สมควรออกหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

- หมายเหตุ 1. เสนอผู้บังคับบัญชาหรือผู้เบิกเงินบำนาญเบี้ยหวัด
2. เสนอผู้มีอำนาจออกหนังสือรับรองการมีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาล



ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาของบุตรสำหรับพนักงาน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1 ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด *วันที่บรรจุเป็นพนักงาน.....	
2 คู่สมรสของข้าพเจ้า ชื่อ ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ☐ เป็นข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง สังกัด ☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการหรือของราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง สังกัด ☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ	
3 ข้าพเจ้าเป็นผู้มีสิทธิและขอให้สิทธิเนื่องจาก ☐ เป็นบิดาชอบด้วยกฎหมาย ☐ เป็นมารดา	
4 ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินสำหรับการศึกษาของบุตร ดังนี้ ☐ เงินบำรุงการศึกษา ☐ เงินค่าเล่าเรียน 1 บุตรชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) สถานศึกษา อำเภอ จังหวัด ชั้นที่ศึกษา ☐ จำนวน บาท 2 บุตรชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) สถานศึกษา อำเภอ จังหวัด ชั้นที่ศึกษา ☐ จำนวน บาท 3 บุตรชื่อ เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ สถานศึกษา อำเภอ จังหวัด ชั้นที่ศึกษา ☐ จำนวน บาท	
5 คำรับรองผู้มีสิทธิเบิก เสนอ ข้าพเจ้าขอรับรองว่ามีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี จำนวนเงิน.....บาท ลงชื่อ ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่	6. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (นางปริยดา เจริญจิตผล) ผู้อำนวยการกองคลัง ปฏิบัติงานแทนอธิการบดี วันที่
7. การจ่ายเงิน 7.1 โอนเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ มจร. ของผู้มีสิทธิเบิกแล้ว ตามแบบ กค 30 ครั้งที่...../25..... วันที่.....	7.2 โอนเข้าบัญชีเงินเดือน ของผู้มีสิทธิเบิกแล้ว ตามแบบ กค 30/1 ประจำเดือน...../25..... วันที่.....