



## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงาน/ลูกจ้างมหาวิทยาลัย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

<p>1 ข้าพเจ้า ..... <input type="checkbox"/> พนักงาน <input type="checkbox"/> ลูกจ้างมหาวิทยาลัย สังกัด ..... ตำแหน่ง.....</p> <p>* วันที่บรรจุเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง.....</p> <p>2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ</p> <p><input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ ..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ .....</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ ..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ .....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ ..... เกิดเมื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่ ..... (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ ..... (ของมารดา)</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือ เสมือนไร้ความสามารถ</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมีได้สมรสตามกฎหมาย หรือ สามีถึงแก่กรรมแล้ว</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย</p> <p>(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่ ..... ชื่อ .....</p> <p>เกิดเมื่อวันที่ ..... ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ .....</p> <p>ป่วยเป็นโรค ..... ชื่อสถานพยาบาล ..... <input type="checkbox"/> ราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน</p> <p>ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....</p> <p>เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..... บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ</p>	
<p>3 ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัย ว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล</p> <p>เป็นเงิน ..... บาท (.....) และขอรับรองว่า</p> <p>(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว</p> <p>(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง ..... สังกัด.....</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นพนักงาน/ลูกจ้างในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง ..... สังกัด.....</p> <p><input type="checkbox"/> เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ</p> <p>(3) .....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า</p> <p>(4) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน</p> <p>เมื่อวันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา ..... วัน</p> <p>และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ไปแล้ว จำนวน ..... บาท</p> <p>(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)</p> <p>(5) .....ของข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน</p> <p>เมื่อวันที่ ..... ถึงวันที่ ..... รวมระยะเวลา ..... วัน</p> <p>และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรีไปแล้ว จำนวน ..... บาท</p> <p>(ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)</p> <p>ลงชื่อ ..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ</p> <p>วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....</p>	
<p>4 คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</p> <p>เสนอ อธิการบดี</p> <p>ข้าพเจ้า .....</p> <p>ตำแหน่ง .....</p> <p>ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนเงินที่ขอเบิก</p> <p>ลงชื่อ .....</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่ .....</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>.....</p> <p>ปฏิบัติงานแทนอธิการบดี</p> <p>วันที่ .....</p>
<p>6. การจ่ายเงิน</p> <p>6.1 โอนเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ มจร. ของผู้มีสิทธิเบิกแล้ว ตามแบบ กค 30</p> <p>ครั้งที่...../25.....</p> <p>วันที่.....</p>	<p>6.2 โอนเข้าบัญชีเงินเดือน ของผู้มีสิทธิเบิกแล้ว ตามแบบ กค 30/1</p> <p>ประจำเดือน...../25.....</p> <p>วันที่.....</p>