(แบบ กค.05)

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงาน/ลูกจ้างมหาวิทยาลัย

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1 ข้าพเจ้า ..... ☐ พนักงาน ☐ ลูกจ้างมหาวิทยาลัย สังกัด ..... ตำแหน่ง.....

*** วันที่บรรจุเป็นพนักงาน/ลูกจ้าง**.....☐ **โครงการสวัสดิการเลือกได้**

2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ข้าพเจ้า

☐ บิดา ชื่อ ..... ☐ มารดา ชื่อ .....

☐ คู่สมรส ชื่อ ..... ☐ บุตร ชื่อ .....

☐ บุตร ชื่อ ..... เกิดเมื่อ ..... เป็นบุตรลำดับที่ .....(ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ ..... (ของมารดา)

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือ เสมือนไร้ความสามารถ

☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือ สามีถึงแก่กรรมแล้ว

☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(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 ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มิใช่ส่วนราชการ

☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง ..... สังกัด.....

☐ เป็นพนักงาน/ลูกจ้างในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง ..... สังกัด.....

☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) .....ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มิใช่ส่วนราชการ

☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(4) ข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่ ..... ถึงวันที่ .....รวมระยะเวลา ..... วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ไปแล้ว 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

.....

(นางสาวสำรวย แซ่เตียว)

ผู้อำนวยการกองคลัง

ปฏิบัติงานแทนอธิการบดี

วันที่ .....

6. การจ่ายเงิน

6.1 โอนเข้าบัญชีสหกรณ์ออมทรัพย์ มจธ. ของผู้มีสิทธิ์เบิกแล้ว ตามแบบ กค 30

ครั้งที่...../25.....

วันที่.....

6.2 โอนเข้าบัญชีเงินเดือน ของผู้มีสิทธิ์เบิกแล้ว ตามแบบ กค 30/1

ประจำเดือน...../25.....

วันที่.....