



แบบขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุคลากร

มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

(ลูกจ้างชั่วคราว)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล

เรียน/นมัสการ อธิการบดี

๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด..... เบอร์โทรศัพท์.....

ได้รับอนุมัติจ้างเป็นลูกจ้างชั่วคราว ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. สิ้นสุดวันที่.....

เดือน..... พ.ศ. และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล) ซึ่งเป็น

สถานพยาบาลของทาง ราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

๒. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการในการรักษาพยาบาล ตามประกาศมหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

เรื่อง หลักเกณฑ์ และวิธีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของลูกจ้าง พุทธศักราช ๒๕๕๖

เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน

เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(๑) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

(๒) คู่สมรสของข้าพเจ้า ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำหรือพนักงานในหน่วยงานของ
ราชการหรือท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ

(๓) ข้าพเจ้าได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการ
เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน ๓๐ วัน เมื่อวันที่.....

ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....วัน

(๔) ในปัจจุบันขณะนี้ ข้าพเจ้าได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยไปแล้ว จำนวน บาท

(.....)

จึงเรียน/นมัสการมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

...../...../.....

๓. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๔. คำสั่งของผู้มีอำนาจอนุมัติ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

๕. ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....)

ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

...../...../.....