

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล พนักงานมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยราชภัฏเลยว่าด้วย สวัสดิการของพนักงานสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย พ.ศ. ๒๕๖๓

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด..... เบอร์โทร.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร..... () พนักงานมหาวิทยาลัย (จบแผ่นดิน) () พนักงานมหาวิทยาลัย (จบรายได้) () พนักงานราชการ
๒.	ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่..... <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ป่วยเป็นโรค..... และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
๓.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ว่าด้วย สวัสดิการของ พนักงานสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย พ.ศ.๒๕๖๓ <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ เป็นเงิน.....บาท (.....) และ (๑) บิดามารดาของข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น (๒) คู่สมรสของข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น (๓) บุตรของข้าพเจ้าที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

๔. เสนอ อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเอง บิดามารดา คู่สมรส และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ใน ข้อบังคับมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ว่าด้วยสวัสดิการของพนักงาน สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย พ.ศ.๒๕๖๓ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕. ความเห็นของเจ้าหน้าที่งานการเงิน

- เห็นควรอนุมัติ
 เห็นควรนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารงานบุคคลมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย พิจารณา

เนื่องด้วย.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๖. คำอนุมัติ

- อนุมัติให้เบิกได้ตามสิทธิ
 ไม่อนุมัติ เนื่องด้วย.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จำนวนเงินตามใบสำคัญนี้ข้าพเจ้าขอเบิกเงิน บาท
(.....)
ลงชื่อ ผู้ขอเบิกเงิน