



แบบเบิกเงินสวัสดิการการดูแลสุขภาพประจำปีสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า : _____

เลขประจำตัวประชาชน _____ วัน เดือน ปี เกิด _____

ตำแหน่ง _____ สังกัด _____

อยู่บ้านเลขที่ _____ ซอย _____ ถนน _____

ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____

ได้เข้ารับการดูแลสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาล _____

อำเภอ _____ จังหวัด _____ เมื่อวันที่ _____

มีความประสงค์ขอรับเงินค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประจำปี เป็นจำนวนเงิน _____ บาท

(.....) ทั้งนี้ตามสิทธิของข้าพเจ้าดังนี้

- ไม่เกิน 1,000.00 บาท (กรณีอายุต่ำกว่า 45 ปี)
- ไม่เกิน 2,000.00 บาท (กรณีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป)

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอเบิก ดังนี้

- ใบเสร็จรับเงิน เลขที่ _____
- ผลการดูแลสุขภาพที่รับรองโดยแพทย์ผู้ตรวจ

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (.....) วันที่	ได้ตรวจแบบเบิกเงินสวัสดิการการดูแลสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานฉบับนี้แล้ว (.....) วันที่
---	--

อนุมัติให้เบิก

(.....)
วันที่

ได้รับเงินสวัสดิการการดูแลสุขภาพประจำปี จำนวน บาท (.....) ครบถ้วนแล้ว (.....) วันที่	ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่
---	---