

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้กับครูโรงเรียนสาธิต และเจ้าหน้าที่ประจำตามสัญญา

มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 สังกัด.....โทรศัพท์(มือถือ).....
 โทรศัพท์(ภายใน).....

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
 เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....
 และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....
 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
 เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
 (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....)และ

- (๑) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากสวัสดิการ
 ค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (๒)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า
 สิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

๔. เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕. เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว)..... มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ว่าด้วย การเบิกจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง คณบดี / ผู้อำนวยการสำนัก / ผู้อำนวยการสถาบัน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๖. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๗. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้กับบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

ยอดยกมา.....บาท

จ่ายครั้งนี้.....บาท

คงเหลือ.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....