

แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... สังกัด

..... โทรศัพท์.....

สายงาน พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ

๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่..... ของ บิดา หรือ มารดา

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (รายการเบิกตามบัญชี)

.....

.....

.....

เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี

เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)

เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน

เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน

๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ

ใบเสร็จรับเงิน

ใบสั่งแพทย์/ใบรับรองแพทย์(รายการที่ระบุ)

อื่น ๆ (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)

๕. รายละเอียดการโอนเงิน

ชื่อธนาคาร ชื่อบัญชี

เลขที่บัญชี อีเมล(E-mail)

๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ

.....

๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขานุการคณะ/คณบดี)

เสนอ ผู้อำนวยการกองคลัง

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)

๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ..... งานสวัสดิการฯ/
(.....) ส่วนงาน
ตำแหน่ง.....

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

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

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน
 ส่วนงาน.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ส่วนงานที่สังกัด..... ขอรับรองว่า รายการข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงิน
 จำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับการ
 จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่