

แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... เลขที่ตำแหน่ง.....
 หน่วยงาน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....
 โทรศัพท์มือถือ.....

- ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ
☐ พนักงานโรงพยาบาลประจำ ☐ พนักงานเงินรายได้โรงพยาบาล

2. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ

- ☐ ตนเอง
☐ คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
☐ บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
☐ มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
☐ บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
 อายุ.....เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่.....
 ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
 อายุ.....เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่.....
 ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
 อายุ.....เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่..... ของ ☐ บิดา หรือ ☐ มารดา
☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (รายการเบิกตามบัญชี)

.....

เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

3. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี

- ☐ เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)
☐ เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน
☐ เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน

4. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ

- ☐ ใบเสร็จรับเงิน
☐ ใบสั่งแพทย์/ใบรับรองแพทย์(รายการที่ระบุ)
☐ อื่น ๆ (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)

5. รายละเอียดการโอนเงิน

ชื่อธนาคาร..... ทหารไทยธนชาติ..... ชื่อบัญชี.....
 เลขที่บัญชี..... อีเมล(E-mail).....

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วย)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์/โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติกำหนด

ลงชื่อ..... (หัวหน้างาน/หัวหน้าหน่วย)
(.....)

8. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ.....หมวดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(นางณัฐปาณี คุณขุนทด)

หัวหน้างานบริหารทรัพยากรมนุษย์

ลงชื่อ.....

(นางอรสา จันทร์ประเสริฐ)

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

ลงชื่อ.....

(นางณัฐกฤตา อ่อนธรรม)

หัวหน้างานการเงิน

9. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(รศ.พญ.วินิทร นวลละออง)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายบริหารทรัพยากรมนุษย์

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ยอดที่ได้รับจัดสรร

เบิกครั้งก่อน

เบิกครั้งนี้

คงเหลือ

โอนเงินเข้าบัญชี

.....

.....

.....

.....

วันที่.....

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงิน
(กรณีรายละเอียดของเอกสารไม่ครบสมบูรณ์)

[illegible]

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....
 หน่วยงานที่สังกัด..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงิน
 จำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับการ
 จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่