

แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด..... คณะทันตแพทยศาสตร์..... หมายเลขโทรศัพท์ภายใน..... โทรศัพท์มือถือ.....

เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท

- พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ
- พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ) พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว
- พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน) พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ

๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่..... เป็นบุตรลำดับที่..... ของ บิดา หรือ มารดา

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (ระบุรายการเบิกตามบัญชี)

.....
.....
.....

เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี

- เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)
- เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือ ได้เพียงบางส่วน
- เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน

๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ

- ใบเสร็จรับเงิน (ตามรายการที่ระบุ) ใบรับรองแพทย์/ ใบสั่งแพทย์ (ตามรายการที่ระบุ) สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์
- เอกสารกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)
- เอกสารเพิ่มเติมอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)

๕. รายละเอียดการโอนเงิน

ชื่อธนาคาร กรุงเทพฯ ชื่อบัญชี

เลขที่บัญชี อีเมล(E-mail)

๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ปีงบประมาณ เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ

.....

.....

๗. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

หน่วยบริหารทรัพยากรบุคคล

๘. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขานุการคณะ/คณบดี/ผู้ช่วยอธิการบดี/รองอธิการบดี/อธิการบดี)

เสนอ คณบดี

ข้าพเจ้า.....นางทิพวรรณ สິงวร..... ตำแหน่ง.....เลขานุการคณะฯ.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....นางทิพวรรณ สິงวร.....)

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ..... อนุมัติ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทนตแพทย์ สุธิ์ สุขสุเดช)

ตำแหน่ง.....คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน

ส่วนงาน.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ส่วนงานที่สังกัด..... ขอรับรองว่า รายการข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่