

แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... สังกัด..... หมายเลขโทรศัพท์ภายใน..... โทรศัพท์มือถือ.....				
เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท				
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ			
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว			
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ			
๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ				
<input type="checkbox"/> ตนเอง				
<input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน				
<input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน				
<input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน				
<input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน				
เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่..... ของ <input type="checkbox"/> บิดา หรือ <input type="checkbox"/> มารดา				
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ				
ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (ระบุรายการเบิกตามบัญชี)				
.....				
.....				
.....				
เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)				
๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี				
<input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)				
<input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือ ได้เพียงบางส่วน				
<input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน				
๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ				
<input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (ตามรายการที่ระบุ) <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์/ ใบสั่งแพทย์ (ตามรายการที่ระบุ) <input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์				
<input type="checkbox"/> เอกสารกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)				
<input type="checkbox"/> เอกสารเพิ่มเติมอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)				
๕. รายละเอียดการโอนเงิน				
ชื่อธนาคาร				
ชื่อบัญชี				
เลขที่บัญชี				
อีเมล(E-mail)				
๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ				
				ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ
				วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
เฉพาะเจ้าหน้าที่				
ปีงบประมาณ	งบประมาณ	เบิกครั้งก่อน	เบิกครั้งนี้	คงเหลือ
.....
.....

๗. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ..... งานสวัสดิการฯ/
 (.....นางปัทมา นงนวล.....) ส่วนงาน
 ตำแหน่ง.....นักทรัพยากรมนุษย์ชำนาญการ.....

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

ข้าพเจ้า.....นางทิพวรรณ สังวร..... ตำแหน่ง.....เลขานุการคณะฯ.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
 (.....นางทิพวรรณ สังวร.....)

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ..... อนุมัติ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทนตแพทย์ สุธี สุขสุเดช)
 ตำแหน่ง.....คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์.....
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน

ส่วนงาน.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ส่วนงานที่สังกัด..... ขอรับรองว่า รายการข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้
 จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข
 การขอรับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....
 (.....)

วันที่