

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. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งเส้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

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 สังวร..... ตำแหน่ง.....เลขานุการคณะฯ.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....นางทิพวรรณ สังวร.....)

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ทนตแพทย์ สำเร็จ อินกล้า)

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

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.