

แบบคำขอเบิกสวัสดิการดูแลสุขภาพของพนักงานสถาบันและบุคคลในครอบครัว

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง () พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วน

(สำหรับหน่วยงาน) เลขหนังสือส่งที่ วันที่

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้ยื่นคำขอเบิก

ข้าพเจ้า* พนักงานสถาบัน () สายวิชาการ () สายสนับสนุนวิชาการ

ตำแหน่ง* สังกัด*

บรรจุเป็นพนักงานสถาบัน* วันที่ ระยะเวลาทำงาน ปี (ณ วันที่ 1 ต.ค. ปีงบประมาณที่เบิก)

โดยขอเบิกค่ารักษาพยาบาลในครั้งนี้อย่างน้อย บาท (.....)

กรณีเบิกมากกว่า 1 ใบเสร็จ โปรดระบุยอดของแต่ละครั้ง

ขอเบิกสวัสดิการดูแลสุขภาพ ให้แก่*

() ข้าพเจ้า

() บิดา ชื่อ () บุตร คนที่ 1 ชื่อ

() มารดา ชื่อ () บุตร คนที่ 2 ชื่อ

() คู่สมรส ชื่อ () บุตร คนที่ 3 ชื่อ

สวัสดิการดูแลสุขภาพที่ขอเบิก (ตามประกาศสถาบันฯ เรื่อง การจัดสวัสดิการสำหรับดูแลสุขภาพของพนักงานและบุคคลในครอบครัว ประกาศเมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2564) ได้แก่

โปรดทำเครื่องหมาย <input checked="" type="checkbox"/> หน้าข้อที่ต้องการขอเบิกสวัสดิการ			
()	1. ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่าเลือดและส่วนประกอบของเลือดหรือสารทดแทน ค่าน้ำยาหรืออาหารทางเลือด ค่าออกซิเจน และอื่นๆทำนองเดียวกันที่ใช้ในการบำบัดรักษาโรค	()	7. ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและจิตใจ
()	2. ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดและรักษาโรค ค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์	()	8. ค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นแก่การรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและสืบเนื่องจากการรักษาพยาบาล
()	3. ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าวิเคราะห์โรค ค่าธรรมเนียมแพทย์พิเศษ ค่าจ้างผู้พยาบาลพิเศษ ค่าธรรมเนียมพิเศษ ค่าพาหนะในการรับส่งต่อผู้ป่วย และค่าบริการทำนองเดียวกัน	()	9. ค่าตรวจสุขภาพ
()	4. ค่าตรวจครรภ์ ค่าคลอดบุตร และการดูแลหลังคลอดบุตร รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการคลอด	()	10. ค่าทันตกรรม รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและสืบเนื่องจากการทันตกรรมทุกประเภท
()	5. ค่าห้องและค่าอาหาร ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล	()	11. ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาตาและสายตา การรักษาสายตา ผิดปกติด้วยวิธีเลสิก รวมถึงค่าแว่นตา เลนส์ และคอนแทคเลนส์ สายตา
()	6. ค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งค่าวัคซีนและค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีน		

พร้อมนี้ได้แนบเอกสาร ดังนี้

() ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ หรือ

() สำเนาใบเสร็จรับเงิน (ต้นฉบับไปเบิกสิทธิอื่น) รับรองสำเนาถูกต้อง และระบุรายละเอียดฉบับจริงใช้เบิกจากแหล่งเงินใด และจำนวนเงินเท่าใด

() ใบรับรองแพทย์ หรือ () สำเนาใบรับรองแพทย์ (ต้นฉบับไปเบิกสิทธิอื่น) รับรองสำเนาถูกต้อง

() ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน สพบ.กรณีใบเสร็จไม่สมบูรณ์ () อื่นๆ ได้แก่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกสวัสดิการดูแลสุขภาพ และข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

วันที่...../...../.....

ที่ อว. 7201/บค..... วันที่.....

ส่วนที่ 2 ตรวจสอบการใช้สิทธิ

เรียน ผู้อำนวยการกองคลังและพัสดุ

กองบริหารทรัพยากรบุคคล ได้ตรวจสอบคำขอเบิกสวัสดิการดูแลสุขภาพ และเอกสารหลักฐานแล้ว พบว่า
 ผู้ขอเบิกมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นพนักงานสถาบัน.....ปี (ข้อมูล ณ วันที่)
 ขอเบิกสวัสดิการครั้งนี้ จำนวนบาท (.....)
 และมีสิทธิได้รับสวัสดิการตามประกาศการจัดสวัสดิการดังกล่าว

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
 (.....)
 วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 3 ตรวจสอบหลักฐานการขอเบิก/เสนออนุมัติ

เรียน อธิการบดี (ผ่านรองอธิการบดีฝ่ายบริหาร)

กองคลังและพัสดุ ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอเบิกสวัสดิการดูแลสุขภาพของพนักงานดังกล่าวแล้ว เห็นว่ามีสิทธิเบิกค่าใช้จ่าย
 ได้ตามระเบียบกองทุนค่าใช้จ่ายพนักงาน เป็นเงิน จำนวน.....บาท (.....)
 โดยมียอดเงินสะสมคงเหลือยกมาต้นปี จำนวน.....บาท
 ได้รับจัดสรรสวัสดิการในปีนี้ จำนวน.....บาท
 ขออนุมัติเบิกในครั้งนี้ จำนวน.....บาท
 เงินคงเหลือสะสม จำนวน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้อำนวยการกองคลังและพัสดุ
 (.....)
 วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 4 คำอนุมัติ

() อนุมัติ
 () ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจอนุมัติ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 วันที่...../...../.....

ส่วนที่ 5 การรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการดูแลสุขภาพ จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
 (.....)
 วันที่...../...../.....