

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล และค่าตรวจสุขภาพประจำปี

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
สังกัด/ภาควิชา/กอง.....คณะ/สถาบัน/สำนัก.....

2. ขอเบิกเงิน ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจสุขภาพประจำปีของตนเอง

 ตนเอง คู่สมรส ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... บิดา ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... มารดา ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... บุตร ชื่อ.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ (วัน/เดือน/ปีเกิด).....อายุ.....ปี เป็นบุตรลำดับที่.....

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ❶

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ว่าด้วย สิทธิการเบิก
ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจสุขภาพประจำปี ค่าเล่าเรียนบุตร และเงินช่วยเหลือกรณีพนักงานมหาวิทยาลัย
ถึงแก่ความตายของพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2560

 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันชีวิต เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น (โปรดเลือก) กองทุนประกันสังคม โปรดระบุโรงพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม..... หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อื่นๆ (โปรดระบุ).....

เป็นเงิน.....บาท (.....) ❷ และ

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันชีวิต
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

- (2) ข้าพเจ้า ❸ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า
สิทธิตามระเบียบของมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ฯ
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันชีวิต
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ว่าด้วย สิทธิการเบิกค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจสุขภาพประจำปี ค่าเล่าเรียนบุตร และเงินช่วยเหลือกรณีพนักงานมหาวิทยาลัยถึงแก่ความตายของพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2560 และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้บังคับบัญชา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....ผู้มีอำนาจอนุมัติ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6. ไปรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

- ❶ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ❷ ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใดและขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ฯ หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันชีวิต
- ❸ ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

เอกสารหลักฐานประกอบการพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงิน

1. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจสุขภาพประจำปีของสถานพยาบาลที่ไปรักษา และรับรองรายการที่ได้เบิกจ่ายไปแล้วตามสิทธิที่ผู้มีสิทธิ/คู่สมรส/บุตร/บิดา/มารดา พึ่งมี
2. ใบเสร็จรับเงินค่าตรวจสุขภาพประจำปีของสถานพยาบาลที่ไปรับการตรวจ และรับรองรายการที่ได้เบิกจ่ายไปแล้วตามสิทธิที่ผู้มีสิทธิพึ่งมี