**แบบฟอร์มคำขอรับเงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล**

**โปรดทำเครื่องหมาย 🗸 ลงในช่อง 🞏 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

|  |
| --- |
| 1. ข้าพเจ้า ......................................................................................... ตำแหน่ง ....................................................................

 สังกัด ....................................................... วิทยาลัยสหวิทยาการ มธ.ท่าพระจันทร์ .......................................................... สายงาน 🞏 ข้าราชการ 🞏 พนักงานมหาวิทยาลัย 🞏 ลูกจ้างประจำ 🞏 ลูกจ้างชั่วคราว (งบพิเศษ) 🞏 พนักงานเงินรายได้ 1. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ

 🞏 ข้าพเจ้า 🞏 คู่สมรส ชื่อ ............................................................................... 🞏 บิดา ชื่อ ...................................................................... 🞏 มารดา ชื่อ ................................................................... 🞏 บุตร ชื่อ ...................................................................... เกิดเมื่อ ............................................................................. เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) .............................................. เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา) ........................................ 🞏 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  🞏 เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว 🞏 เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย ป่วยเป็นโรค .......................................................................................... ได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาล / คลินิก / โพลีคลินิก ..................................................................................................................................... ตั้งแต่วันที่ .............. เดือน ................................ พ.ศ. ...................  และออกจากสถานพยาบาล ตั้งแต่วันที่ .............. เดือน ................................ พ.ศ. ................... 1. ข้าพเจ้าขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ....................................................... บาท

 (............................................................................................) 1. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติรับเงินสวัสดิการ คือ

 🞏 (1) ใบเสร็จรับเงิน  🞏 (2) สำเนาใบเสร็จรับเงิน กรณีเบิกเงินเพิ่มจากเงินงบประมาณแผ่นดิน หรือเบิกจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ 🞏 (3) ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารักษาพยาบาลใน คลินิก / โพลีคลินิก1. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

 ลงชื่อ ......................................................... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  วันที่ ............. เดือน ................................... พ.ศ. .................  |
| 1. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้ ........................................... บาท

 เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ .......................... ........................... ........................... ลงชื่อ .......................................................... ผู้รับรอง งานงบประมาณ  |
| 1. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

เสนอ คณบดีวิทยาลัยสหวิทยาการ (ผ่านรองคณบดีฝ่ายบริหาร) ข้าพเจ้า .......... อาจารย์ ดร.ณัฐพล แสงอรุณ .......... ตำแหน่ง ............. รองคณบดีฝ่ายบริหาร …………. ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิ์เบิกได้เป็นเงิน ตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกประการ  ลงชื่อ ............................................................................. ( อาจารย์ ดร.ณัฐพล แสงอรุณ ) ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายบริหาร วันที่ ............. เดือน ................................... พ.ศ. ....................  |
|  1. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่าย ลงชื่อ ............................................................................. อนุมัติ ( รองศาสตราจารย์ ดร.เดชา สังขวรรณ ) ตำแหน่ง คณบดีวิทยาลัยสหวิทยาการ วันที่ ............. เดือน ................................... พ.ศ. ....................  |
| 1. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล จำนวน .................................บาท (..............................................................................) ไปถูกต้อง  ลงชื่อ ............................................................................. ผู้รับเงิน (............................................................................) ลงชื่อ ............................................................................. ผู้จ่ายเงิน (............................................................................) วันที่ ............. เดือน ................................... พ.ศ. ....................  ( ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น ) |