

**แบบฟอร์มคำขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ**  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....สังกัด วิทยาลัยสหวิทยาการ

อาจารย์     เจ้าหน้าที่

2. ขอเบิกเงินค่าสวัสดิการด้านสุขภาพของ

ข้าพเจ้า     คู่สมรส ชื่อ.....

บิดา ชื่อ.....     มารดา ชื่อ.....

บุตร (ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย

**รายการดังนี้**

(1) การตรวจสุขภาพประจำปี หรือตรวจป้องกันโรค

(2) รับการรักษาอาการป่วยเป็น.....หรืออุบัติเหตุ

(3) ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ

(4) ค่าใช้จ่ายในการทำกายภาพบำบัด

(5) ค่าใช้จ่ายในการตัดแว่นหรือซื้อคอนแทคเลนส์ในกรณีที่มีปัญหาทางสายตา หรือการมองเห็น

(6) ค่าทำฟันรวมถึงค่าตรวจและค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาสุขภาพฟัน

จาก.....เมื่อวันที่.....

3. ข้าพเจ้าขอรับเงินสมทบสวัสดิการด้านสุขภาพ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท  
(.....)

4. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติรับเงินสวัสดิการ คือ

(1) ใบเสร็จรับเงิน     (2) สำเนาใบเสร็จรับเงิน กรณีที่เบิกเงินเพิ่มจากบริษัทประกัน

(3) ใบรับรองแพทย์ กรณีการให้บริการด้านสุขภาพตามข้อ (1) (2) (4) และ (6) หากใช้บริการ  
โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชนให้มีใบรับรองแพทย์ประกอบด้วย

5. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

6.

เบิกมาแล้ว	เบิกครั้งนี้	คงเหลือ

.....  
(นางสาวพัชรกัญญ์ ภัทรอนันต์กุล)  
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

7. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้

.....บาท

ลงชื่อ.....

(.....)

นักวิชาการเงินและบัญชี

8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา รองคณบดีฝ่ายบริหาร

เสนอ รักษาการแทนในตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายบริหาร

ข้าพเจ้า นางสาวปาริชาติ ทองอยู่ ตำแหน่ง เลขานุการวิทยาลัยสหวิทยาการ ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่วิทยาลัยสหวิทยาการกำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นางสาวปาริชาติ ทองอยู่)

เลขานุการวิทยาลัยสหวิทยาการ

9. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(.....)

.....

วันที่...../...../.....

10. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสมทบสวัสดิการด้านสุขภาพจำนวน.....บาท

(.....) ไปถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....