



**แบบขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุคลากร  
มหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย**

**ก**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**เรียน/นมัสการ** อธิการบดี

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า.....  คู่สมรสชื่อ.....

บิดาชื่อ.....  มารดาชื่อ.....

บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....  
(ของบิดา).....เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือบรรลุนิติภาวะแต่กำลังศึกษาอยู่ในระดับไม่เกินปริญญาตรีและมีอายุไม่เกิน ๒๕ ปี

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย  
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับ.....ชื่อ.....  
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล) .....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท(.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการในการรักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัยฯ ว่าด้วยเงินสวัสดิการ  
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๔ **ค**

เต็มจำนวน  ไม่เต็มจำนวน

เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(๑) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(๒) คู่สมรสของข้าพเจ้า  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำหรือพนักงานในหน่วยงานของราชการ  
หรือท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ **ง**

(๓).....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของ  
ส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

(๔) ข้าพเจ้า  ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมี  
ระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชน

ครั้งนี้ไม่เกิน ๓๐ วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....

รวมระยะเวลา.....วัน

(๕).....ข้าพเจ้า

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลา  
ห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน ๓๐ วัน  
เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน

(๖) ในพึงบประมาณนี้



ข้าพเจ้าและบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้าได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจาก  
มหาวิทยาลัยไปแล้ว จำนวน.....บาท(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

...../...../.....

๔. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้น



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

๕. คำสั่งของผู้มีอำนาจอนุมัติ

.....  
.....  
.....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

๖. ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท(.....)

ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

...../...../.....

**คำชี้แจง :** แบบขอเบิกเงินนี้เป็นเอกสารแนบท้ายประกาศมหาวิทยาลัย เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเบิกจ่าย

คำรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๔

โปรดกาเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

- ก หมายถึง คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ และลูกจ้างประจำของมหาวิทยาลัย
- ข กรณีขอรับเงินคำรักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่กำลังศึกษาอยู่ในระดับไม่เกินปริญญาตรี และมีอายุไม่เกิน ๒๕ ปี
- ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่าสิทธิเพียงใด และยังคงขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ ใช้ประกอบการพิจารณาของผู้มีอำนาจอนุมัติ
- ฉ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

**คำเตือน :** บุคลากรมหาวิทยาลัยผู้ใดใช้สิทธิตามระเบียบนี้โดยทุจริตหรือกรอกข้อความในคำขอเบิกตามระเบียบนี้เป็นเท็จ นอกจากจะต้องรับโทษทางวินัยแล้ว ให้เป็นอันหมดสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการตามระเบียบนี้ตลอดไป