



แบบขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุคลากร
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

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

☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน

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

(๑) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(๒) คู่สมรสของข้าพเจ้า ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำหรือพนักงานในหน่วยงานของราชการ
หรือท้องถิ่นหรือหน่วยงานอื่นของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ

(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) ในปัจุบันประมาณนี้



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
ค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๔

โปรดกาเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

- ☐ ก หมายถึง คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ และลูกจ้างประจำของมหาวิทยาลัย
- ☐ ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว หรือบรรลุนิติภาวะแล้ว
แต่กำลังศึกษาอยู่ในระดับไม่เกินปริญญาตรี และมีอายุไม่เกิน ๒๕ ปี
- ☐ ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่าสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตาม
พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ☐ ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ☐ จ ใช้ประกอบการพิจารณาของผู้มีอำนาจอนุมัติ
- ☐ ฉ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

คำเตือน : บุคลากรมหาวิทยาลัยผู้ใดใช้สิทธิตามระเบียบนี้โดยทุจริตหรือกรอกข้อความในคำขอเบิกตาม
ระเบียบนี้เป็นเท็จ นอกจากจะต้องรับโทษทางวินัยแล้ว ให้เป็นอันหมดสิทธิที่จะได้รับสวัสดิการ
ตามระเบียบนี้ตลอดไป