

ฝ่ายการคลัง คณะแพทยศาสตร์

เลขรับ

วันที่

ที่ มอ.

แบบ พงด. 01

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้มหาวิทยาลัยฯ

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1 ข้าพเจ้า รหัสบุคลากร ตำแหน่ง

สังกัด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทร.

ป่วยเป็นโรค สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา

2 ขอเบิกเงินจำนวนบาท (.....)

() ค่ารักษาพยาบาลเฉพาะตนเอง (ไม่เกิน 5,000 บาท/ปีงบประมาณ) ดังนี้

- ค่ารักษาพยาบาล เฉพาะส่วนเกินจากสิทธิกองทุนประกันสังคม
- คลอดบุตร หลักฐานตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงคลอด พร้อมสำเนาสูติบัตร เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐ และเฉพาะส่วนเกินจากสิทธิกองทุนประกันสังคมเท่านั้น
- ตรวจสุขภาพประจำปี
- บริการทันตกรรม ครอบคลุมเฉพาะ ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด และรักษารากฟัน

() เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

() ใบเสร็จรับเงิน อายุไม่เกิน 1 ปี และ ใบรับรองแพทย์ () สำเนาสูติบัตร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(บุคลากรผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการ)

เรียน

ตรวจสอบสิทธิการเบิกจ่ายแล้วถูกต้องตามระเบียบ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(เจ้าหน้าที่สาขาวิชา/ฝ่าย/หน่วยงาน)

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่

(ผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย)

ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

(เจ้าหน้าที่ฝ่ายการคลัง)