

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ข้าพเจ้า

คู่สมรส ชื่อ.....

บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว

เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ระเบียบว่าด้วยมหาวิทยาลัยรามคำแหง ว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551

ตามสิทธิ

เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน.....บาท (.....ข)

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2) คู่สมรสของ  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ

ข้าพเจ้า  เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

(3) ....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<p>4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา <input type="checkbox"/></p> <p>เสนอ.....</p> <p>ข้าพเจ้า.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p>	<p>5. คำอนุมัติ</p> <p>อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>
<p>6. การตรวจสอบ <input type="checkbox"/></p> <p>ได้ตรวจสอบแล้ว ผู้ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลในปริมาณประมาณนี้ ได้ทำการเบิกค่ารักษาพยาบาลไปแล้วรวมเป็นเงิน.....บาท</p> <p>(.....)</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้ตรวจสอบของหน่วยงานผู้เบิก</p>	<p>7. ใบรับเงิน</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน.....บาท</p> <p>(.....)</p> <p>ไปถูกต้องแล้ว</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน</p> <p>(.....)</p> <p>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p>(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p>

### คำชี้แจง

- ก) กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ข) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามระเบียบมหาวิทยาลัยรามคำแหง ว่าด้วยสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2551
- ค) ให้เติมคำว่า คู่สมรส หรือ บุตร แล้วแต่กรณี
- ง) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ
- จ) มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองและครอบครัว ครั้งละไม่เกิน 50,000 บาท แต่ไม่เกิน 100,000 บาทต่อปีงบประมาณ