

ใบเบิกเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาลพนักงานสถาบันเทคโนโลยีปทุมวัน

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความ

1 ข้าพเจ้า สังกัด ตำแหน่ง.....

2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ตนเอง ☐ บิดา ☐ มารดา ☐ คู่สมรส ☐ บุตรรายการ/อาการชื่อสถานพยาบาล ☐ ราชการ ☐ เอกชน

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

3 ข้าพเจ้ามีสิทธิประกันสังคมที่.....

(1) ข้าพเจ้าได้ชำระเงินค่ารักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงินบาท (.....)

ข้าพเจ้า มีสิทธิเบิกจากประกันสังคม เป็นจำนวนเงิน..... บาท (.....)

ข้าพเจ้าขอเบิกส่วนเกินจากสิทธิ เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่..... ลงวันที่..... จำนวน ฉบับ

(2)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิเบิก/ไม่ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น☐ มีสิทธิเบิก/ได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

ชำระเงินเป็นจำนวน..... บาท (.....)

ขอเบิกในสิทธิเป็นจำนวนเงิน บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่..... ลงวันที่.....จำนวน ฉบับ

ขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

วันที่..... เดือน พ.ศ.....

จำนวนเงินที่ได้รับจัดสรร.....บาท

จำนวนเงินจัดสรรคงเหลือ.....บาท

จำนวนเงินที่ขอเบิกครั้งนี้.....บาท

จำนวนเงินคงเหลือสุทธิ.....บาท

①
ความเห็น.....

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ

(.....)

วันที่

②

ลงชื่อผู้อนุมัติ

(.....)

วันที่

③

ลงชื่อผู้รับเงิน

(.....)

วันที่

หมายเหตุ

- กรณีบิดา/มารดา ให้แนบทะเบียนบ้านประกอบด้วย
- คู่สมรส ให้แนบทะเบียนสมรส
- บุตร ให้แนบบสูติบัตร