

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น1. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง สังกัด มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

 ข้าพเจ้า บิดา ชื่อ..... คู่สมรส ชื่อ..... มารดา ชื่อ..... บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)

เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรเสมือนไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ บุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสกันตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว บุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรมแล้ว) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิรับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

 ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดจากสิทธิเป็นเงิน.....บาท (.....) และ (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ

หรือส่วนราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

 มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(2) คู่สมรสของ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำข้าพเจ้า เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

 เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ(3) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ

หรือส่วนราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบว่าเงินจำนวนนี้เป็นสวัสดิการที่มหาวิทยาลัยฯ จัดสรรให้จากค่าใช้จ่ายสำหรับการจ้างพนักงานมหาวิทยาลัย

ตามระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ว่าด้วย หลักเกณฑ์การจ่ายค่าจ้าง และสวัสดิการต่างๆ สำหรับการจ้าง

พนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2563 และประกาศมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร เรื่องหลักเกณฑ์การเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

หรือการศึกษาบุตร สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2563

ทั้งนี้ ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับคำสั่งโดยชอบจากมหาวิทยาลัยฯ ให้คืนเงินจำนวนนี้ ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินจำนวนดังกล่าว

ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ทราบคำสั่ง

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

๑

เสนอ อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
ข้าพเจ้า นางมะลิวัลย์ รอดกำเหนิด
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสำนักงานอธิการบดี
ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการ
การรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิก
มีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก

ลงชื่อ.....

(นางมะลิวัลย์ รอดกำเหนิด)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา รักการ)

ตำแหน่ง รองอธิการบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

วันที่.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

จำนวน.....บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อ.....

ธนาคาร.....

สาขา.....

เลขที่บัญชี.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวนฤมล ส่งต่าย)

วันที่.....

คำชี้แจง

ก ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ
หรือ ทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี

ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถ
หรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบคำสั่งศาลมาด้วย

ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตาม
พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือ บุตร แล้วแต่กรณี

จ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ