ตัวอย่าง
การเขียนค่ารักษาพยาบาล
พนักงานมหาวิทยาลัย

ประกอบด้วย 4 กรณี

#1 เบิกด้วยสิทธิตนเอง **1,500** บาท
กรณีผู้ป่วยนอกไม่ฉุกเฉิน **1,500** บาท/ครั้ง ไม่เกิน **20** ครั้ง/ปี

#2 เบิกด้วยสิทธิ 20,000 บาท/ปี (ตนเอง)

#3 เบิกด้วยสิทธิ 20,000 บาท/ปี (ญาติสายตรง)

#4 เบิกด้วยสิทธิ 20,000 บาท/ปี (ทั้งตนเอง และ ญาติสายตรง)

#1 เบิกด้วยสิทธิตนเอง ๑,๕๐๐ บาท

กรณีผู้ป่วยนอกไม่ฉุกเฉิน ๑,๕๐๐ บาท/ครั้ง ไม่เกิน ๒๐ ครั้ง/ปี

แบบ กทพ.01

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ข้าพเจ้า.....นายสุภัทร พงศาธิรัตน์..... ตำแหน่ง.....นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ..... 2.

3. สังกัด....หน่วยคลัง คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์... โทร...7524[illegible] 4. รหัสบุคลากร...0002423.. 5.

ป่วยเป็นโรค.....Vertigo..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....โรงพยาบาลสงขลานครินทร์..... 7.

6. ขอเบิกเงินจำนวน..... 800..... บาท (.....แปดร้อยบาทถ้วน.....) เพื่อเป็น 8.

☐ ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม **(สิทธิ 20,000 บาท/ปี)**

☐ ตนเอง ☐ ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า)

9. ☑ ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และ การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 1,500 บาท/โรค/วัน) **20 ครั้ง/ปี**

☐ เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม

☐ ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

10. ☑ ใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน (.....นายสุภัทร พงศาธิรัตน์.....) วันที่....19 สิงหาคม 2564.....	**อนุมัติให้เบิกได้** (ลงชื่อ)..... (..... วันที่.....

ใบรับเงิน

12. ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....800..... บาท (...แปดร้อยบาทถ้วน...) ไปถูกต้องแล้ว

13. (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....นายสุภัทร พงศาธิรัตน์.....)
วันที่ .....

๑. ชื่อ-สกุลผู้เบิก

๒. ตำแหน่งที่ถือครอง

๓. สังกัด

๔. เบอร์โทร.ภายในคณะฯ

๕. รหัสบุคลากรผู้ขอเบิก

๖. โรคที่ระบุตามใบเสร็จ

๗. สถานพยาบาลตามใบเสร็จ

๘. จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น

๙. ทำเครื่องหมาย

๑๐. ทำเครื่องหมาย

๑๑. เซ็นต์ชื่อและลงวันที่

๑๒. จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น

๑๓. เซ็นต์ชื่อโดยไม่ต้องลงวันที่

#2 เบิกด้วยสิทธิตนเอง 20,000 บาท

(กรณีเบิกค่ารักษาโรคทางทันตกรรมและโรคทั่วไป สิทธิ์ 20,000 บาท/ปี)

แบบ กทพ.01

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ข้าพเจ้า.....นายสุภัทร พงศาธิรัตน์..... ตำแหน่ง.....นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ..... 2.

3. สังกัด.....หน่วยคลัง คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.... โทร..7524-5..... 4. รหัสบุคลากร..0002423.. 5.

6. ป่วยเป็นโรค.....Vertigo..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา .....คลินิกหูคอจมูกหมอดี..... 7.

ขอเบิกเงินจำนวน.....1,800.....บาท (....หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน.....) เพื่อเป็น 8.

9. ☑ ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม **(สิทธิ 20,000 บาท/ปี)**

☑ ตนเอง ☐ ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า)

☐ ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และ การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 1,500 บาท/โรค/วัน) **20 ครั้ง/ปี**

☐ เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม

☐ ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

10. ☑ ใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	**อนุมัติให้เบิกได้**
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน	(ลงชื่อ).....
11. (...นายสุภัทร พงศาธิรัตน์....)	(.....
วันที่.....19 สิงหาคม 2564.....	วันที่.....

ใบรับเงิน 12.

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน..1,800...บาท (..หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน..) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

13. (....นายสุภัทร พงศาธิรัตน์.....)

วันที่ .....

1. ชื่อ-สกุลผู้เบิก
2. ตำแหน่งที่ถือครอง
3. สังกัด
4. เบอร์โทร.ภายในคณะฯ
5. รหัสบุคลากรผู้ขอเบิก
6. โรคที่ระบุตามใบเสร็จ
7. สถานพยาบาลตามใบเสร็จ
8. จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น
9. ทำเครื่องหมาย
10. ทำเครื่องหมาย
11. เซ็นต์ชื่อและลงวันที่
12. จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น
13. เซ็นต์ชื่อโดยไม่ต้องลงวันที่

#3 เบิกด้วย<u>สิทธิญาติสายตรง</u> 20,000 บาท

(กรณีเบิกค่ารักษาโรคทางทันตกรรมและโรคทั่วไป สิทธิ์ 20,000 บาท/ปี)

แบบ กทพ.01

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ข้าพเจ้า .....นายสุภัทร์ พงศาธิรัตน์..... ตำแหน่ง.....นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ.....
2. สังกัด ...หน่วยคลัง คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.. โทร....7524-5... รหัสบุคลากร... 0002423..
3. ป่วยเป็นโรค.....หูชั้นในอักเสบ..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....คลินิกหูคอจมูกหมอฟันดี.....
4. ขอเบิกเงินจำนวน.....900.....บาท (.....เก้าร้อยบาทถ้วน.....) เพื่อเป็น
5. ☑ ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม **(สิทธิ 20,000 บาท/ปี)**
   - ☐ ตนเอง
   - ☑ ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และ<u>บุตร ของข้าพเจ้า</u>)
   - ☐ ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และ การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 1,500 บาท/โรค/วัน) **20 ครั้ง/ปี**
   - ☐ เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม
   - ☐ ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

6. ☑ ใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	อนุมัติให้เบิกได้
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน	(ลงชื่อ).....
7. (.....นายสุภัทร์ พงศาธิรัตน์.....)	(.....
วันที่ 19 สิงหาคม 2564	วันที่.....

ใบรับเงิน

8. ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....900.....บาท (....เก้าร้อยบาทถ้วน.....)
ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

9. (.....นายสุภัทร์ พงศาธิรัตน์.....)

วันที่ .....

1. ชื่อ-สกุลผู้เบิก
2. ตำแหน่งที่ถือครอง
3. สังกัด
4. เบอร์โทร.ภายในคณะฯ
5. รหัสบุคลากรผู้ขอเบิก
6. โรคที่ระบุตามใบเสร็จ
7. สถานพยาบาลตามใบเสร็จ
8. จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น
9. ทำเครื่องหมาย
10. ทำเครื่องหมาย
11. เซ็นต์ชื่อและลงวันที่
12. จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น
13. เซ็นต์ชื่อโดยไม่ต้องลงวันที่

#4 เบิกด้วย<u>สิทธิตนเองและญาติสายตรง</u> 20,000 บาท
(กรณีเบิกค่ารักษาโรคทางทันตกรรมและโรคทั่วไป สิทธิ์ 20,000 บาท/ปี)

แบบ กทพ.01

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ข้าพเจ้า .....นายสุภัทร์ พงศาธิรัตน์..... ตำแหน่ง .....นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ.....
2. สังกัด...หน่วยคลัง คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.... โทร 7524-5... 4. รหัสบุคลากร..0002423..
5. ป่วยเป็นโรค....รักษารากฟัน , Vertigo ...สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา... โรงพยาบาลทันตกรรม, คลินิกหูคอจมูกหมอดี..
6. ขอเบิกเงินจำนวน.....4,800.....บาท (...สี่พันแปดร้อยบาทถ้วน...) เพื่อเป็น
7. ☑ ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม **(สิทธิ 20,000 บาท/ปี)** 8.
9. ☑ ตนเอง 9. ☑ ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และ<u>บุตร ของข้าพเจ้า</u>)
☐ ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และ การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 1,500 บาท/โรค/วัน) **20 ครั้ง/ปี**
☐ เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม
☐ ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

10. ☑ ใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	**อนุมัติให้เบิกได้**
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน	(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ
11. (....นายสุภัทร์ พงศาธิรัตน์.....)	(.....)
วันที่....19 สิงหาคม 2564.....	วันที่.....

ใบรับเงิน

12. ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน...4,800...บาท (..สี่พันแปดร้อยบาทถ้วน..) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

13. (.....นายสุภัทร์ พงศาธิรัตน์.....)

1. ชื่อ-สกุลผู้เบิก
2. ตำแหน่งที่ถือครอง
3. สังกัด
4. เบอร์โทร.ภายในคณะฯ
5. รหัสบุคลากรผู้ขอเบิก
6. โรคที่ระบุตามใบเสร็จ
7. สถานพยาบาลตามใบเสร็จ
8. จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น
9. ทำเครื่องหมาย
10. ทำเครื่องหมาย
11. เซ็นต์ชื่อและลงวันที่
12. จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น
13. เซ็นต์ชื่อโดยไม่ต้องลงวันที่