แบบ กทพ.01

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย**

ข้าพเจ้า................................................................................ตำแหน่ง...............................................................................

สังกัด..................................................................................โทร.......................................รหัสบุคลากร..........................

ป่วยเป็นโรค.................................................................สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.................................................

ขอเบิกเงินจำนวน..........................................บาท (..........................................................................................) เพื่อเป็น

▢ ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม

▢ ตนเอง ▢ ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า)

▢ ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก และ การตรวจสุขภาพประจำปี (เฉพาะตนเอง 1,500 บาท/โรค/วัน)

▢ เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย (Co-pay) เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และอวัยวะเทียม

▢ ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

▢ ใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์

|  |  |
| --- | --- |
| ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ  (ลงชื่อ)...........................................................ผู้ขอรับเงิน  (..........................................................)  วันที่............................................................................. | **อนุมัติให้เบิกได้**  (ลงชื่อ)............................................................................  (...........................................................................)  วันที่................................................................................ |

|  |
| --- |
| **ใบรับเงิน**  ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.......................................................บาท  (..........................................................................................................) ไปถูกต้องแล้ว  (ลงชื่อ).........................................................ผู้รับเงิน  (..........................................................) |