

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทร.....

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

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

☐ ค่ารักษาพยาบาล และค่าคลอดบุตร

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

☐ ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน (.....) วันที่.....	อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
ใบรับเงิน ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....)	