

แบบฟอร์มการขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ (เงินรายได้ส่วนงาน)

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง () พร้อมทั้งกรอกข้อความให้ครบถ้วน

๑. ข้าพเจ้า..... เลขที่ประจำตำแหน่ง
 พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ ตำแหน่ง สังกัด

๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ.-

() ข้าพเจ้า	เลขประจำตัวประชาชน
() บิดา ชื่อ	เลขประจำตัวประชาชน
() มารดา ชื่อ	เลขประจำตัวประชาชน
() คู่สมรส ชื่อ	เลขประจำตัวประชาชน

() บุตรคนที่ ๑ ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
 เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)
 () ยังไม่บรรลุนิติภาวะ () เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
 () เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือคู่สมรสของข้าพเจ้าถึงแก่กรรม
 () เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ
 เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ

() บุตรคนที่ ๒ ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
 เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)
 () ยังไม่บรรลุนิติภาวะ () เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
 () เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือคู่สมรสของข้าพเจ้าถึงแก่กรรม
 () เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ
 เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ

() บุตรคนที่ ๓ ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
 เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา) เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา)
 () ยังไม่บรรลุนิติภาวะ () เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
 () เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือคู่สมรสของข้าพเจ้าถึงแก่กรรม
 () เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย
 (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรลำดับที่ ชื่อ
 เกิดเมื่อ ถึงแก่กรรมเมื่อ

ป่วยเป็นโรค
 ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
 ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ () ทางการ () เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่
 เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....)
 ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวนฉบับ

๓. ข้าพเจ้า ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ไม่สามารถใช้สิทธิได้จากกองทุนประกันสังคม หรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิอื่นของทางราชการหรือหน่วยงานอื่นของรัฐในลักษณะเดียวกัน ซึ่งข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกได้ตามสิทธิข้าราชการ และตามที่กำหนดไว้ในข้อกำหนดของมหาวิทยาลัย ดังนี้

(๑) เบิกให้แก่ข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้า เป็น

() พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ (เงินรายได้ส่วนงาน) ซึ่ง () มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๑๓ และข้อ ๑๔ แห่งข้อบังคับว่าด้วยสิทธิและสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๓ ประกอบกับข้อ ๓ แห่งระเบียบกองทุนสวัสดิการ ว่าด้วยการเบิกค่ารักษาพยาบาล ค่าสงเคราะห์ศพ และค่าเล่าเรียนบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ (เงินรายได้ส่วนงาน) พ.ศ. ๒๕๕๓ เฉพาะส่วนเกินที่ไม่สามารถใช้สิทธิเบิกจากกองทุนประกันสังคม เป็นเงิน บาท (.....)

(๒) เบิกให้แก่บุตรของข้าพเจ้า ซึ่งข้าพเจ้า () เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว เป็นเงิน บาท (.....)

(๓) เบิกให้แก่ (คู่สมรส/บิดา/มารดา) ของข้าพเจ้า ซึ่ง(คู่สมรส/บิดา/มารดา) ของข้าพเจ้า () ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ หรือพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจใด ๆ เป็นเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
วันที่

๔. ตรวจสอบการใช้สิทธิ

เรียน หัวหน้างานการเงิน

ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว เห็นว่าผู้เบิกเป็นพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ (เงินรายได้ส่วนงาน) มีสิทธิขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ตามระเบียบกองทุนสวัสดิการ ว่าด้วย การเบิกค่ารักษาพยาบาล ค่าสงเคราะห์ศพ และค่าเล่าเรียนบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัยประจำ (เงินรายได้ส่วนงาน) พ.ศ. ๒๕๕๓ จริง

(ลงชื่อ)หัวหน้างานบุคคล
(.....)

วันที่

๕. ตรวจสอบหลักฐานการขอเบิก

เรียน คณบดี/ผู้อำนวยการ

ข้าพเจ้า ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว เห็นว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับว่าด้วยสิทธิและสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๓ และ ระเบียบกองทุนสวัสดิการ ว่าด้วยการเบิกค่ารักษาพยาบาล ค่าสงเคราะห์ศพ ค่าเช่าบ้าน และค่าเล่าเรียนบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัยประเภทประจำ พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ)หัวหน้างานคลัง
(.....)

วันที่.....

๖. คำอนุมัติ

() อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)คณบดี/ผู้อำนวยการ
(.....)

วันที่.....

๗. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

วันที่.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....

คำชี้แจง

๑. ญาติสายตรง หมายความว่า คู่สมรส บุตร ปิตา และมารดาของพนักงานมหาวิทยาลัย
๒. ข้อจำกัดการเบิก ให้พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ (เงินรายได้ส่วนงาน) มีสิทธิได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจากเงินรายได้ของส่วนงาน โดยมีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลให้แก่ตนเองเพิ่มเติมเฉพาะส่วนเกินที่ไม่สามารถใช้สิทธิเบิกจากกองทุนประกันสังคม รวมทั้งมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลให้แก่ญาติสายตรง โดยเมื่อรวมเบิกของตนและญาติสายตรงแล้วต้องไม่เกินปีละ ๒๐,๐๐๐ บาท ทั้งนี้ญาติสายตรงที่มีสิทธิรับสวัสดิการจากกองทุนประกันสังคม หรือสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือสิทธิอื่นในลักษณะเดียวกัน ต้องใช้สิทธิอื่นๆ ก่อน
๓. กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลให้แก่บุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
๔. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
๕. ขั้นตอนการขอเบิก ให้พนักงานมหาวิทยาลัยฯ กรอกแบบฟอร์ม พร้อมทั้งแนบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ส่งให้ฝ่ายบุคคลตรวจสอบสิทธิ จากนั้นฝ่ายบุคคลส่งให้ฝ่ายการเงินตรวจสอบหลักฐานการขอเบิกให้เป็นไปตามระเบียบ และนำเสนอต่อหัวหน้าส่วนงานเพื่อพิจารณาอนุมัติต่อไป