**แบบ กทพ.01**

ใบเบิกสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

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

สังกัด...............................................................................................โทร....................................................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

เอกสารแนบประกอบการเบิกจ่าย

 ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

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

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