**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  (.................................................) |