



# บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมดิจิทัล โทร. ....

ที่ อว ๘๒๐๕.๐๓.๐๑/

วันที่ .....

เรื่อง ส่งใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ กรณีสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มของพนักงานมหาวิทยาลัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง.....สังกัด .....

มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มของ (ตนเอง/คู่สมรส/บุตร)

..... โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่.....

จำนวน.....บาท (.....)

๒. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่.....

จำนวน.....บาท (.....)

๓. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่.....

จำนวน.....บาท (.....)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(.....)

ตำแหน่ง.....

แจ้งเปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชีเงินฝากธนาคารในการขอรับเงินค่าสินไหมประกันสุขภาพกลุ่ม

(แนบสำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร)

ธนาคาร.....

สาขา.....

เลขที่บัญชี.....