



แบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า

เลขประจำตัวประชาชน วัน เดือน ปี เกิด

ตำแหน่ง สังกัด

อยู่บ้านเลขที่ ซอย ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาล

อำเภอ จังหวัด เมื่อวันที่

มีความประสงค์ขอรับเงินค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นจำนวนเงิน บาท

(.....) ทั้งนี้ตามสิทธิของข้าพเจ้าดังนี้

ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท (กรณีอายุต่ำกว่า ๔๕ ปี)

ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (กรณีอายุตั้งแต่ ๔๕ ปีขึ้นไป)

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอเบิก ดังนี้

ใบเสร็จรับเงิน เลขที่

ใบรับรองแพทย์

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(.....)

วันที่.....

ได้ตรวจแบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยฉบับนี้แล้ว

(.....)

วันที่.....

อนุมัติให้เบิก

(.....)

วันที่.....

ได้รับเงินสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน
..... บาท (.....) ครบถ้วนแล้ว

(.....)

วันที่.....

ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....