

# ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของบิดา/มารดา (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย)

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) \_\_\_\_\_ พนักงานมหาวิทยาลัย  
ตำแหน่ง \_\_\_\_\_ สังกัด \_\_\_\_\_ สถานภาพโสด มีความประสงค์ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ  
 บิดา ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ เลขบัตรประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_  
ป่วยเป็นโรค \_\_\_\_\_ และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล  
จาก \_\_\_\_\_ ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_  
มีค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน \_\_\_\_\_ บาท ( \_\_\_\_\_ )  
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับลงวันที่ \_\_\_\_\_ จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ  
 มารดา ชื่อ-สกุล \_\_\_\_\_ เลขบัตรประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_  
ป่วยเป็นโรค \_\_\_\_\_ และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาล  
จาก \_\_\_\_\_ ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_  
มีค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน \_\_\_\_\_ บาท ( \_\_\_\_\_ )  
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับลงวันที่ \_\_\_\_\_ จำนวน \_\_\_\_\_ ฉบับ  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น \_\_\_\_\_ บาท ( \_\_\_\_\_ )  
และได้แนบ (1) ใบเสร็จรับเงิน (2) ใบรับรองแพทย์ (3) สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารเพื่อโอนเงินมาด้วยแล้ว

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
ผู้ขอรับสวัสดิการ

## สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายการคลังและบริหารสินทรัพย์

เห็นควรอนุมัติ จำนวน \_\_\_\_\_ บาท

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) ผู้ตรวจสอบ

## สำหรับผู้มีอำนาจอนุมัติ

อนุมัติ  ไม่อนุมัติ ตามเสนอ

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

## สำหรับผู้จ่ายเงิน

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) ผู้จ่ายเงิน

## สำหรับผู้รับเงิน

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) ผู้รับเงิน