

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
- บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
- มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....
- บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....  
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....  
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....  
ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท  
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยศิลปากรว่าด้วยกองทุนสวัสดิการ  
มหาวิทยาลัยศิลปากรและหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการ พ.ศ. 2559

- ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น  
 เฉพาะส่วนที่ยังขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  
 ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  
 มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิ  
ตามพระราชกฤษฎีกาฯ  
 มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  
 มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ รองอธิการบดีเพชรบุรี

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประสพชัย พสุนนท์)

รองอธิการบดีเพชรบุรี

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท  
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่งพิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ