

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)

1.1 ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด ก

รหัสประจำตัวพนักงาน เลขประจำตัวประชาชน

1.2 ข้าพเจ้ามีสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาล แบบ สมทบกองทุนประกันสังคม 5% (เบิกส่วนเกินสิทธิได้ภายในวงเงิน 20,000 บาท ต่อปี)

1.3 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล คนไข้นอก คนไข้ใน ประจำปีงบประมาณ.....ครั้งนี้ดังนี้

- ข้าพเจ้า จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- มารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- บุตร คนที่ 1) ชื่อ ว/ด/ป เกิด จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- บุตร คนที่ 2) ชื่อ ว/ด/ป เกิด จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล
- บุตร คนที่ 3) ชื่อ ว/ด/ป เกิด จำนวนเงิน บาท โรงพยาบาล

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น บาท

(.....)

ป่วยเป็นโรค

1.4 ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง และต้องการเบิกเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม และ/หรือ สิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ

ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเกินจากสิทธิที่พึงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ ะงับการเบิกจ่ายสวัสดิการ

ค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้ตรวจสอบจากภาควิชา/หน่วยงาน (ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....) (.....)

วัน/เดือน/ปี วัน/เดือน/ปี

2. ส่วนของคณะ/สถาบันฯ

2.1 คำรับรอง

2.2 คำอนุมัติ

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ตามข้อบังคับฯ/ประกาศ และระเบียบที่กำหนด และมีวงเงินกองทุน สวัสดิการฯ คงเหลือจริง สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ครั้งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้ บาท

หัก เบิกครั้งนี้ บาท

คงเหลือหลังหักครั้งนี้ บาท

(ลงชื่อ) (ลงชื่อ)

(.....) (.....)

ผู้ตรวจสอบใบเบิกสวัสดิการ หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคลหรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

คณบดี/ผู้อำนวยการฯ

วัน/เดือน/ปี

3. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล จำนวนเงิน บาท (.....)

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

(.....) (.....)

วัน/เดือน/ปี วัน/เดือน/ปี

*** โปรดอ่านคำชี้แจงการกรอกข้อมูลด้านหลัง ***

คำชี้แจง

- ก) สังกัด ให้ระบุภาควิชา/งาน และส่วนงานที่สังกัด
- ข) มีสิทธิรักษาพยาบาล ให้ระบุสิทธิรักษาพยาบาลที่มีอยู่ เช่น สิทธิข้าราชการ สิทธิผู้รับบำนาญ หรือหน่วยงานของรัฐ หรือรัฐวิสาหกิจ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ค) รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ให้ระบุจำนวนเงินรวมจากใบเสร็จรับเงินทุกฉบับ
- ง) โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น ให้ระบุจำนวนเงินรวมตามสิทธิที่ขอเบิกครั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ดังนี้
- 1) พนักงานมหาวิทยาลัย - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ
 - 2) ครอบครัวยุติธรรม/ประกันสังคม - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ
 - 3) ครอบครัวยุติธรรม/รัฐวิสาหกิจ - ไม่สามารถเบิกได้
 - 4) ครอบครัวยุติธรรม/ประกันสุขภาพแห่งชาติ - เบิกได้เฉพาะส่วนที่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ