<u>แบบ ก.พ.ม. 04</u>

แบบใบขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของพนักงานมหาวิทยาลัย

กรณี [ ] ผู้ป่วยภายใน [ ] ผู้ป่วยภายนอก [ ] รับบริการเกี่ยวกับฟัน [ ] ตรวจสุขภาพประจำปี

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง [ ] พร้อมกรอกข้อความ

1.ข้าพเจ้า..... พนักงานมหาวิทยาลัย [ ] ประจำ [ ] ชั่วคราว

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล ของ [ ] ข้าพเจ้า [ ] คู่สมรส ชื่อ.....

[ ] บุตร ชื่อ.....ซึ่ง [ ] ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

[ ] เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

[ ] เป็นบุตรลำดับที่.....

[ ] บิดา / มารดา ชื่อ.....

3. ซึ่งได้ป่วยเป็นโรค.....และได้รับการรักษาพยาบาลจาก.....

.....ซึ่งเป็นสถานพยาบาลในสังกัดของ [ ] มหาวิทยาลัยมหิดล [ ] ส่วนราชการอื่น

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(.....)ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบมาจำนวน.....ฉบับ

4. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับการประกันสุขภาพ ตามระเบียบมหาวิทยาลัยมหิดล ว่าด้วยพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2528 และหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการประกันสุขภาพของพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2538 และรับรองว่า

4.1 ข้าพเจ้า [ ] ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือส่วนราชการอื่นหรือหน่วยงานอื่นที่มิใช่ส่วนราชการ

4.4 คู่สมรสของข้าพเจ้า [ ] ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือส่วนราชการอื่นหรือหน่วยงานอื่นที่มิใช่ส่วนราชการ

4.5 บุตรของข้าพเจ้า [ ] ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือส่วนราชการอื่นหรือหน่วยงานอื่นที่มิใช่ส่วนราชการ

4.6 บิดา / มารดาของข้าพเจ้า [ ] ไม่มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือส่วนราชการอื่นหรือหน่วยงานอื่นที่มิใช่ส่วนราชการ

ลงชื่อ.....(ผู้ขอเบิก)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. <u>คำรับรองของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น</u>

เสนอ หัวหน้างานคลัง

ขอรับรองว่า.....ตำแหน่ง.....
เป็นผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย จากเงินกองทุนประกันสุขภาพ ได้จริง

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(หัวหน้าหน่วยงาน)

3. <u>งานคลัง</u>

ได้ตรวจสอบแล้ว ปรากฏว่า.....พนักงานมหาวิทยาลัย ชั่วคราว / ประจำ
ตำแหน่ง.....มีวงเงินการประกันสุขภาพ ไม่เกิน.....บาท
ในช่วง.....ได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล จำนวนเงิน.....บาท
และคงเหลือยอดวงเงิน จำนวนเงิน.....บาท

(ลงชื่อ).....
(ผู้ตรวจสอบ)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....
(หัวหน้างานคลังหรือผู้ที่คณบดี/ผู้อำนวยการมอบหมาย)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. <u>เสนอ คณบดี / ผู้อำนวยการ</u>

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่ ..... เดือน.....พ.ศ.....

5. <u>การรับ - จ่ายเงิน</u>

ได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล เป็นจำนวนเงิน.....บาท(.....)
ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....
(ผู้รับเงิน)
วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....
(ผู้จ่ายเงิน)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....