



รหัสเอกสาร.....

แบบคำขอเบิกค่ารักษาพยาบาล บิดามารดา

ส่วนที่ 1 : สำหรับบุคลากร

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....รหัสบุคลากร.....
ตำแหน่ง.....หน่วยงาน..... ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลให้กับ

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี บิดา มารดา

สถานที่ทำงาน..... ตำแหน่ง.....

การได้รับสิทธิจากราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด/อื่นๆ

- สิทธิจากทางราชการในฐานะข้าราชการ/พนักงาน คู่สมรส บิดามารดา
- สิทธิจากหน่วยงานต้นสังกัด ระบุ.....
- สิทธิจากกองทุนประกันสังคม
- อื่นๆ ระบุ.....
- ไม่ได้รับสิทธิใดๆ ตามที่ระบุข้างต้น

การขอเบิกครั้งนี้

โรค.....

โรงพยาบาลที่รับการรักษา..... จังหวัด.....

จำนวนเงินที่ใช้จ่ายในการรักษา..... บาท

ขอเบิกส่วนเกิน/เบิกไม่ได้ จำนวน.....บาท

เนื่องจาก.....

ไม่สามารถใช้สิทธิตามที่ได้รับข้างต้น

เนื่องจาก.....

จำนวนเงินที่ขอเบิกจากมหาวิทยาลัย

จำนวน.....บาท

จำนวนใบเสร็จ.....ฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 : สำหรับสำนักงานบุคคล

เห็นควรอนุมัติให้เบิกได้ ทั้งหมด จำนวน.....บาท

เห็นควรอนุมัติให้เบิกได้ บางส่วน จำนวน.....บาท

ไม่ได้เป็นโรคยกเว้น

เบิกจากต้นสังกัด/ตามสิทธิที่ได้รับแล้ว

ขอเบิกส่วนเกิน/ส่วนที่ไม่ได้รับสิทธิ

ไม่ได้รับสิทธิใดๆ ดังที่ระบุข้างต้น

เป็นโรงพยาบาลนอกเครือข่าย แต่มีเหตุจำเป็น เนื่องจาก.....

เบิกไม่ได้ จำนวน.....บาท

เนื่องจาก.....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....หัวหน้างานสวัสดิการ

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการสำนักงานบุคคล