**แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นของคณะรัฐศาสตร์**

**โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง 🞏 พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ๑. ข้าพเจ้า................................................................................................ ตำแหน่ง...............................................................  สังกัด............................................................ หมายเลขโทรศัพท์ภายใน.........................โทรศัพท์มือถือ................................. | | | | | |
| **เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท**  🞏 พนักงานมหาวิทยาลัย  🞏 พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)  🞏 พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน) | | | | | 🞏 พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ  🞏 พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว  🞏 พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ |
| ๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ  🞏 ตนเอง  🞏 คู่สมรส ชื่อ............................................................................. เลขประจำตัวประชาชน .....................................  🞏 บิดา ชื่อ............................................................................. เลขประจำตัวประชาชน .....................................  🞏 มารดา ชื่อ............................................................................. เลขประจำตัวประชาชน .....................................  🞏 บุตร ชื่อ............................................................................. เลขประจำตัวประชาชน .....................................  เกิดวันที่ ................................... เป็นบุตรลำดับที่................ ของ 🞏 บิดา หรือ 🞏 มารดา  🞏 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞏 เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ  ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (ระบุรายการเบิกตามบัญชี)  .......................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................................................  เป็นเงินทั้งสิ้น ................................. บาท (.................................................................................................................) | | | | | |
| ๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี  🞏 เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)  🞏 เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือ ได้เพียงบางส่วน  🞏 เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน | | | | | |
| ๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ  🞏 ใบเสร็จรับเงิน (ตามรายการที่ระบุ)  🞏 ใบรับรองแพทย์ / ใบสั่งแพทย์ (ตามรายการที่ระบุ)  🞏 สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์  🞏 เอกสารกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)  🞏 เอกสารเพิ่มเติมอื่น ๆ (โปรดระบุ.....................................................................................................................) | | | | | |
| ๕. รายละเอียดการโอนเงิน  ชื่อธนาคาร ................................................................. ชื่อบัญชี ...........................................................................  เลขที่บัญชี .................................................................. อีเมล(E-mail) .................................................................. | | | | | |
| ๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ | | | | | |
|  | | | ลงชื่อ........................................................................ผู้ขอรับสวัสดิการ  วันที่...............เดือน..............................พ.ศ. ............ | | |
| ๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (เลขานุการคณะรัฐศาสตร์)  เสนอ คณบดีคณะรัฐศาสตร์  ข้าพเจ้า................................................................................... ตำแหน่ง...................................................  ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด   |  |  | | --- | --- | |  | ลงชื่อ......................................................................... ผู้รับรอง  (............................................................................) | | | | | | |
| ๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้..........................................บาท   |  |  | | --- | --- | |  | ลงชื่อ........................................................................  (............................................................................)  ตำแหน่ง........................................................................ | | | | | | |
| ๙. คำขออนุมัติ  อนุมัติให้เบิกจ่ายได้   |  |  | | --- | --- | |  | ลงชื่อ......................................................................... อนุมัติ  (............................................................................)  ตำแหน่ง........................................................................  วันที่................เดือน..............................พ.ศ. ................ | | | | | | |
| เฉพาะเจ้าหน้าที่ | | | |
| ยอดยกมา  ………………. | งบปีปัจจุบัน  ………………. | คงเหลือ  ………………. | |
| เบิกครั้งก่อน  ………………. | เบิกครั้งนี้  ………………. | รวม  ………………. | |