**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 🞏 เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (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. รายละเอียดการโอนเงินชื่อธนาคาร ................................................................. ชื่อบัญชี ...........................................................................เลขที่บัญชี .................................................................. อีเมล(E-mail) .................................................................. |
| ๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ |
|  | ลงชื่อ........................................................................ผู้ขอรับสวัสดิการวันที่...............เดือน..............................พ.ศ. ............ |
| ๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (เลขานุการคณะรัฐศาสตร์)เสนอ คณบดีคณะรัฐศาสตร์ข้าพเจ้า................................................................................... 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………………. |