

ใบเบิกเงินสวัสดิการรักษายาบาลพนักงานเงินรายได้คณะวิเทศศึกษา

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____
โทร. _____ ขอเบิกเงินจำนวน _____ (_____)

ให้แก่ ตนเอง คู่สมรส สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา _____

ขอเบิกจ่าย

ค่ารักษายาบาล ป่วยเป็นโรค _____

ค่าทันตกรรม ระบุ _____

ค่าคลอดบุตร

ค่ารักษายาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก/ค่าตรวจสุขภาพประจำปี ครั้งละไม่เกิน 1,500 บาท /โรค/วัน

ไม่เกิน 10 ครั้งต่อปีงบประมาณ ป่วยเป็นโรค _____

ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร

ใบรับรองแพทย์

ใบเสร็จรับเงิน (อายุไม่เกิน 1 ปี)

เอกสารรับเงิน

ใบจดทะเบียนสมรส

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) _____ ผู้ขอรับเงิน

(_____)

วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ) _____

(_____)

ตำแหน่ง _____

วันที่ _____