**แบบ กทพ. 01**

 **ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย**

ข้าพเจ้า.....................................................................ตำแหน่ง......................................................................................

สังกัด................................................................................................................โทร......................................................

ป่วยเป็นโรค..................................................................................................................................................................

สถานพยาบาลที่เข้ารักการรักษา..................................................................................................................................

ขอเบิกเงินจํานวน.............................................บาท (....................................................................................) เพื่อเป็น

 ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม (วงเงิน 25,000 บาท)

/

 ตนเอง ญาติสายตรง (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร ของข้าพเจ้า)

/

 ค่ารักษาพยาบาลกรณีเป็นผู้ป่วยนอก / ทันตกรรม (ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ผ่าฟันคุด รักษารากฟัน/

 การตรวจสุขภาพประจําปี (เฉพาะตนเอง 2,000/โรค/วัน)

 เบิกจ่ายส่วนที่เกินโดยจ่ายร่วมกับมหาวิทยาลัย(Co-pay)เฉพาะค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และอวัยวะเทียม

 ทุพพลภาพจากอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้

 **เอกสารแนบประกอบการขอเบิก**

 ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

**อนุมัติให้เบิกได้**

(ลงชื่อ)..........................................................

 (........................................................)

ตําแหน่ง..........................................................

วันที่........................................................................

วันที่................................................................

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).................................................ผู้ขอรับเงิน

 (.................................................)

วันที่........................................................................