

แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....โทรศัพท์..... สายงาน <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ	
๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดวันที่.....เป็นบุตรลำดับที่.....ของ <input type="checkbox"/> บิดา หรือ <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (รายการเบิกตามบัญชี) เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)	
๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี <input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ) <input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน <input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน	
๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน <input type="checkbox"/> ใบส่งแพทย์/ใบรับรองแพทย์(รายการที่ระบุ) <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)	
๕. รายละเอียดการโอนเงิน ชื่อธนาคาร.....ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....อีเมล(E-mail).....	
๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ.....ขอรับสวัสดิการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ	

๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขานุการคณะ/คณบดี)

เสนอ คณบดี

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ อธิษฐาน คุงทรัพย์.....ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตฯ.....
ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการตามสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก
และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....อาจารย์ อธิษฐาน คุงทรัพย์.....)
ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตฯ.....

๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ.....งานสวัสดิการฯ/ส่วนงาน
(.....นางสาววิศรดา สอนจิตร.....)
ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป.....

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ
(.....ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อติศร จันทรสข.....)
ตำแหน่ง คณบดีคณะวิทยาการการเรียนรู้และศึกษาศาสตร์
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

