

## การเบิกเงินค่าสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (พนักงาน)

### เอกสารที่ต้องแนบการเบิกเงินมีดังนี้

- 1.ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย จำนวน 1 ฉบับ(หน้า-หลัง)
- 2.ใบเสร็จรับเงินของสถานพยาบาลที่ไปรักษาฉบับจริง(ไม่เกิน 1 ปี นับจากวันที่ที่ระบุในใบเสร็จรับเงิน
- 3.ใบรับรองแพทย์ฉบับจริง (ถ้ามี)
- 4.สำเนาบัตรประจำตัวพนักงานมหาวิทยาลัย (หน้า-หลัง) จำนวน 1 ฉบับ (รับรองสำเนา)
- 5.ใบส่งตัวจากโรงพยาบาลต้นสังกัด (ถ้ามี)
- 6.ใบสรุปรวมค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ออกให้จากโรงพยาบาลที่รับการรักษา (ถ้ามี)

\*หมายเหตุ - หากมีค่ายานนอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (เบิกได้) ต้องมีหนังสือรับรอง  
เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

- เอกสารมี 2 หน้า (หน้า-หลัง) ให้ Print ฟอรัม ออกมาเป็น 1 แผ่น

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ☐ ข้าพเจ้า
- ☐ คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ บุตร ชื่อ..... เกิดเมื่อ..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา).....  
เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
- ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ☐ ก
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามถึงแก่กรรมแล้ว
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้ย่ำขาดตามกฎหมาย  
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนบุตรลำดับที่..... ชื่อ.....  
เกิดเมื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อ .....

ป่วยเป็นโรค.....  
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) .....  
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ..... ถึงวันที่ .....  
..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..... บาท  
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบมหาวิทยาลัยรามคำแหงว่าด้วยสวัสดิการ  
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและค่าการศึกษาของบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2555

☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ

เป็นเงิน ..... บาท ( ..... ) และ ☐ ข

- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ  
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
- ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) คู่สมรส ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- ของข้าพเจ้า ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- ☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น  
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
- ☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ
- (3) ☐ ก .....ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ  
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

4. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

5. การตรวจสอบ

ง

ได้ตรวจสอบแล้ว ผู้ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล  
ได้ทำการเบิกค่ารักษาพยาบาลไปแล้ว  
รวมเป็นเงิน..... บาท  
( ..... )

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ผู้ตรวจสอบของหน่วยงานผู้เบิก

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล  
ในงบประมาณนี้

จำนวนเงิน ..... บาท

(.....)

ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ☐ กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ☐ ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบสิทธิที่ได้รับตามระเบียบมหาวิทยาลัยรามคำแหง ว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการศึกษาของบุตรของพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. 2555
- ☐ ให้เติมคำว่า คู่สมรส หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ☐ มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลสำหรับตนเองและครอบครัว ภายในวงเงิน 30,000.- บาท ต่อปีงบประมาณ