

ใบเบิกเงินเงินอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลในกรณีอุบัติเหตุที่สืบเนื่องจากการทำงานสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย

1. ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล)

- เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย เงินทุนมหาวิทยาลัย
 เงินทุนคณะ / สถาบัน / ศูนย์ / สำนัก / วิทยาลัย
 หมวดเงินอุดหนุนของงบประมาณแผ่นดิน
 ประจำโครงการ

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

2. ข้าพเจ้าได้รับอุบัติเหตุเนื่องจากการทำงาน ดังนี้ (อธิบายอาการ และสาเหตุ)

.....
.....
.....
.....

3. ข้าพเจ้าได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ และใบรับรองแพทย์ที่แนบมานี้

4. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าไม่มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคม
และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

วันที่.....

5. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกได้รับอุบัติเหตุจากการทำงานจริง

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

6. การตรวจสอบ

6.1 ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินนี้แล้ว ขอยืนยันว่าไม่มีสิทธิรับเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคม

.....
สายงานสวัสดิการ
...../...../.....

.....
ส่วนบริหารงานบุคคล
...../...../.....

6.2 ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินทดแทนฯ นี้แล้ว เห็นควรให้ได้รับเงินจำนวน.....บาท (.....)

.....
ส่วนการคลัง
...../...../.....

7. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้เป็นเงิน.....บาท (.....)

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
...../...../.....

8. การรับเงิน

ได้รับเงินทดแทน ฯ จำนวน.....บาท (.....) ถูกต้องแล้ว

.....ผู้รับเงิน
(.....)
...../...../.....

.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
...../...../.....