

**แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น**  
**โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น**

<p>๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....</p> <p>สังกัด..... หมายเลขโทรศัพท์ภายใน..... โทรศัพท์มือถือ.....</p>						
<p><b>เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ					
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว					
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ					
<p>๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....</p> <p>เกิดวันที่ ..... เป็นบุตรลำดับที่..... ของ <input type="checkbox"/> บิดา หรือ <input type="checkbox"/> มารดา</p> <p><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ                      <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (ระบุรายการเบิกตามบัญชี)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>เป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท (.....)</p>						
<p>๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน</p>						
<p>๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (ตามรายการที่ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ / ใบสั่งแพทย์ (ตามรายการที่ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารเพิ่มเติมอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)</p>						

๕. รายละเอียดการโอนเงิน

ชื่อธนาคาร ..... ชื่อบัญชี .....

เลขที่บัญชี ..... อีเมล(E-mail) .....

---

๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

---

๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขานุการคณะ/คณบดี/ผู้ช่วยอธิการบดี/รองอธิการบดี/อธิการบดี)

เสนอ ผู้อำนวยการสำนักงานวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีชั้นสูง

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

---

๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ..... งานสวัสดิการฯ/

(.....) ส่วนงาน

ตำแหน่ง.....

---

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ..... อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ยอดยกมา	งปปีปัจจุบัน	รวม
.....	.....	.....
เบิกครั้งก่อน	เบิกครั้งนี้	คงเหลือ
.....	.....	.....

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน  
 ส่วนงาน.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
<b>รวมทั้งสิ้น</b>			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ส่วนงานที่สังกัด..... ขอรับรองว่า รายการข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้  
 จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข  
 การขอรับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุกประการ

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