



แบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยและลูกจ้างของมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า

เลขประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปี เกิด

ตำแหน่ง

สังกัด

อยู่บ้านเลขที่

ซอย

ถนน

ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต

จังหวัด

ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาล

อำเภอ

จังหวัด

เมื่อวันที่

มีความประสงค์ขอรับเงินค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นจำนวนเงิน

บาท

(.....)

ทั้งนี้ตามสิทธิของข้าพเจ้าดังนี้

กรณีอายุต่ำกว่า 45 ปี

ไม่เกิน 1,000.00 บาท

ไม่เกิน 2,000.00 บาท

ไม่เกิน 3,000.00 บาท

กรณีอายุตั้งแต่ 45 ปี ขึ้นไป

ไม่เกิน 2,000.00 บาท

ไม่เกิน 4,000.00 บาท

ไม่เกิน 6,000.00 บาท

ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอเบิก ดังนี้

ใบเสร็จรับเงิน เลขที่

ใบรับรองแพทย์

\* หมายเหตุ ตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย สะสมได้ไม่เกิน 3 ปีงบประมาณ เริ่มตั้งแต่ 1 ต.ค.2561

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ได้ตรวจแบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานฉบับนี้แล้ว

(.....)  
วันที่ .....

(.....)  
วันที่ .....

อนุมัติให้เบิก

(.....)  
วันที่ .....

ได้รับเงินสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน ..... บาท

ผู้จ่ายเงิน

(.....) ครบถ้วนแล้ว

(.....)  
วันที่ .....

(.....)  
วันที่ .....