



แบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสอบสุขภาพประจำปีสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยและลูกจ้างของมหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า  ตำแหน่ง

สังกัด  เลขประจำตัวประชาชน

วัน เดือน ปี เกิด  อยู่บ้านเลขที่  หมู่ที่  ซอย

ถนน  ตำบล/แขวง  อำเภอ/เขต

จังหวัด

ได้เข้ารับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาล

อำเภอ  จังหวัด  เมื่อวันที่

มีความประสงค์ขอรับเงินค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบสุขภาพประจำปี 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** ตรวจสอบสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย สะสมได้ไม่เกิน 3 ปีงบประมาณ เริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  (.....) วันที่.....	ได้ตรวจแบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสอบสุขภาพประจำปีสำหรับ <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย ฉบับนี้แล้ว  (.....) วันที่.....
--	--

อนุมัติให้เบิก

(.....)  
วันที่.....

ได้รับเงินสวัสดิการการตรวจสอบสุขภาพประจำปี จำนวน.....บาท (.....) ครบถ้วนแล้ว  (.....) วันที่.....	ผู้จ่ายเงิน  (.....) วันที่.....
---	---