



มหาวิทยาลัยราชภัฏ  
แบบคำขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

ส่วนที่ 1 สำหรับบุคลากร (โปรดกรอกข้อมูลให้ละเอียดครบถ้วน)

ชื่อ-สกุล.....รหัสบุคลากร.....หน่วยงาน.....

ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของ  ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี

บุตรคนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี

บุตรคนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี

เข้ารับการรักษาด้วยโรค/อาการ.....

โรงพยาบาลของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ (ระบุ).....

สถานพยาบาลตามบัตรประกันสังคม (ระบุ).....

คลินิกกายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด  คลินิกแพทย์แผนตะวันออก  RSU Healthcare/Dental Center

คลินิกทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์  โรงพยาบาลพุ่มเวช  โรงพยาบาลแพทย์รังสิต

โรงพยาบาลวิภาวดี  โรงพยาบาลพระรามเก้า  โรงพยาบาลนนทเวช

โรงพยาบาลเกษมราษฎร์  โรงพยาบาลอื่นๆกรณีฉุกเฉิน.....

ข้าพเจ้าได้รับสิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ประจำปี..... จำนวน.....บาท

ข้าพเจ้าได้รับสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในครั้งนี้ จากหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัทประกันชีวิต ฯลฯ

จำนวน.....บาท ดังรายละเอียดที่แนบมาด้วยนี้

คู่สมรส/บุตร ได้รับสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลในครั้งนี้ จากหน่วยงานราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัทประกันชีวิต ฯลฯ

จำนวน.....บาท ดังรายละเอียดที่แนบมาด้วยนี้

ข้าพเจ้าขอเบิกค่ารักษาพยาบาล ตามใบเสร็จที่แนบ จำนวน.....ฉบับ เป็นจำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ส่วนที่ 2 สำหรับสำนักงานบุคคล

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร

สำนักงานบุคคลได้ตรวจสอบรายละเอียดการเบิกค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว เห็นควรอนุมัติ ดังนี้

เบิกได้ จำนวน.....บาท  เบิกได้ตามสิทธิที่เหลืออยู่ จำนวน.....บาท

เบิกได้ กรณีฉุกเฉิน จำนวน.....บาท  อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการสำนักงานบุคคล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 3 การอนุมัติ

อนุมัติ

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 4 งบประมาณ

อนุมัติ

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....