



เลขที่เอกสาร.....

แบบคำขอเบิกค่ารักษาพยาบาล บิดามารดา

ส่วนที่ 1 : สำหรับบุคลากร

ชื่อ - สกุล.....รหัสบุคลากร.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลให้กับ บิดา มารดา

ชื่อ - สกุล.....อายุ.....

การได้รับสิทธิจากราชการ/หน่วยงานต้นสังกัด/อื่นๆ

- สิทธิจากทางราชการในฐานะข้าราชการ/พนักงาน คู่สมรส บิดามารดา
- สิทธิจากหน่วยงานต้นสังกัด ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....
- ไม่ได้รับสิทธิใดๆ ตามที่ระบุข้างต้น

การขอเบิกครั้งนี้

โรค.....

โรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษา..... จังหวัด.....

จำนวนเงินที่จ่ายในการรักษา.....บาท

ขอเบิกส่วนเกิน/เบิกไม่ได้.....บาท เนื่องจาก.....

ไม่สามารถใช้สิทธิตามที่ได้รับข้างต้น เนื่องจาก.....

จำนวนเงินที่ขอเบิกจากมหาวิทยาลัย จำนวน.....บาท

จำนวนใบเสร็จ.....ฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ 2 : สำหรับสำนักงานบุคคล

เห็นควรอนุมัติให้เบิกได้ ทั้งหมด จำนวน.....บาท

เห็นควรอนุมัติให้เบิกได้ บางส่วน จำนวน.....บาท

ไม่ได้เป็นโรค/รายการยกเว้น เบิกจากต้นสังกัดตามสิทธิที่ได้รับแล้ว

ขอเบิกส่วนเกิน/ส่วนที่ไม่ได้รับสิทธิ ไม่ได้รับสิทธิใดๆที่ระบุข้างต้น

โรงพยาบาล/สถานพยาบาล นอกเครือข่าย แต่มีเหตุจำเป็น เนื่องจาก.....

เบิกไม่ได้ เนื่องจาก.....จำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....หัวหน้างานสวัสดิการ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้อำนวยการสำนักงานบุคคล