

## ใบเบิกเงินสวัสดิการทั่วไป กองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยบูรพา

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

<p>๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด ภาควิชา/ส่วนงาน .....</p>	<p><input type="checkbox"/> ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (สิทธิข้าราชการบำนาญ) <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> ลูกจ้างมหาวิทยาลัย</p>									
<p>๒. <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปี (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท)</p> <p>จำนวนเงิน.....บาท (.....)</p> <p>๒.๑ ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงิน ดังนี้</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับเงินจากสิทธิที่เบิกได้ตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นเงิน.....บาท</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกได้ตามประกาศสวัสดิการคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นเงิน.....บาท</p> <p><input type="checkbox"/> ได้รับเงินจากสิทธิ..... เป็นเงิน.....บาท</p> <p>หลักฐานที่ต้องแนบ</p> <p>๑.ใบเสร็จรับเงิน</p> <p>๒.ใบรับรองแพทย์ (กรณีใบเสร็จรับเงินไม่ได้ระบุว่าเป็นการตรวจสอบสุขภาพประจำปี หรือไม่ได้แนบโปรแกรมการตรวจสอบสุขภาพ)</p> <p><b>หมายเหตุ</b> ๑. ในกรณีผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยได้รับใบเสร็จรับเงินมากกว่าหนึ่งฉบับ ให้รวบรวมใบเสร็จรับเงินเพื่อยื่นเรื่องขอเบิกเพียง ๑ ครั้งต่อปีงบประมาณ หากมีการยื่นเรื่องขอเบิกแล้วจะไม่สามารถดำเนินการยื่นเรื่องเพื่อขอเบิกเพิ่มเติมได้</p> <p>๒. กรณีผู้ปฏิบัติงานได้ตรวจสอบสุขภาพประจำปี และค่าตรวจสอบสุขภาพดังกล่าวสามารถเบิกค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปีตามสิทธิอื่นได้ ให้เบิกจ่ายตามสิทธิอื่นก่อน และเบิกส่วนที่ยังขาดจากสิทธิกองทุนสวัสดิการ (ทั้งนี้รวมกันแล้วต้องไม่เกินสิทธิสวัสดิการ)</p>										
<p>๓. <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าขอรับสวัสดิการ (กรณีเจ็บป่วย)</p> <p><input type="checkbox"/> ประสบอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานในหน้าที่ (จ่ายไม่เกินคนละ ๑,๐๐๐ บาท)</p> <p>หลักฐานแนบ</p> <p>๑.ใบสำคัญรับเงิน      ๒.ใบรับรองแพทย์      ๓.หนังสือรับรองของหัวหน้าส่วนงาน</p> <p><input type="checkbox"/> ค่าเยี่ยมไข้ผู้ปฏิบัติงาน (กรณีเป็นผู้ป่วยใน) คนละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....</p> <p>หลักฐานแนบ</p> <p>๑.ใบสำคัญรับเงิน      ๒.ใบรับรองแพทย์</p>										
<p>๔. <input type="checkbox"/> ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการค่าทำฟันเพื่อการรักษา <u>ยกเว้น</u>ทันตกรรมเพื่อความสวยงาม (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท)</p> <p>จำนวนเงิน.....บาท (.....)</p> <p><b>ประวัติการเบิก</b></p> <table border="0"> <tr> <td>- เบิกครั้งที่.....</td> <td>เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....</td> <td>จำนวนเงิน.....บาท</td> </tr> <tr> <td>- เบิกครั้งที่.....</td> <td>เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....</td> <td>จำนวนเงิน.....บาท</td> </tr> <tr> <td>- เบิกครั้งที่.....</td> <td>เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....</td> <td>จำนวนเงิน.....บาท</td> </tr> </table> <p>หลักฐานที่ต้องแนบ</p> <p>๑.ใบเสร็จรับเงิน</p> <p>๒.ใบรับรองแพทย์</p> <p>๓.คำสั่งประโยชน์ทดแทน หรือ ใบยืนยันการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทน (จากเว็บประกันสังคม) (สถานะ อนุมัติ)</p>		- เบิกครั้งที่.....	เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....	จำนวนเงิน.....บาท	- เบิกครั้งที่.....	เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....	จำนวนเงิน.....บาท	- เบิกครั้งที่.....	เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....	จำนวนเงิน.....บาท
- เบิกครั้งที่.....	เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....	จำนวนเงิน.....บาท								
- เบิกครั้งที่.....	เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....	จำนวนเงิน.....บาท								
- เบิกครั้งที่.....	เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....	จำนวนเงิน.....บาท								

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยบูรพา  
จำนวนเงิน.....บาท (.....) จริง

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
(.....)  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

#### การตรวจสอบ

เสนอ.....

๑. ข้าพเจ้า ได้ตรวจสอบใบขอเบิกเงินสวัสดิการฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการฯ ได้ตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา
๒. ผู้ขอรับสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกตามจำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท จริง ไม่เกินอัตราที่กำหนดต่อปี

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

#### คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

#### ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา  
จำนวนเงิน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้อง/ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

- หมายเหตุ
๑. ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย ตามมาตรา ๔ แห่ง พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๐
  ๒. อัตรา หมายถึง อัตราตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา



(ป.๑๔)

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่

ข้าพเจ้าชื่อ (เขียนชื่อ-นามสกุล ตัวบรรจง) .....

อยู่บ้านเลขที่ .....

ได้รับเงินจากมหาวิทยาลัยบูรพา ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สตางค์
ค่าเยี่ยมไข้ผู้ปฏิบัติงาน (ผู้ป่วยใน)	๑,๐๐๐	
รวมเงิน	๑,๐๐๐	๐

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) = หนึ่งพันบาทถ้วน =

(ลงชื่อ).....(ผู้รับเงิน)

(ลงชื่อ).....(ผู้จ่ายเงิน)

หมายเหตุ การใช้ใบสำคัญรับเงินเป็นไปตามระเบียบมหาวิทยาลัยบูรพาว่าด้วยการจ่ายเงินและวิธีการจ่ายเงิน