

เลขที่รับเข้าของงานคลังฯ

วันที่รับเอกสาร

เงินสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยัดหย่น

รายการ	สำหรับงานคลังและพัสดุศูนย์ลำปาง	
	วันที่รับเอกสาร	ผู้บันทึก
1. การอนุมัติงบประมาณ ☐ บันทึกขออนุมัติงบประมาณ ☐ แบบฟอร์มคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยัดหย่น (FM-HRM-22) ☐ หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย * ใบเสร็จรับเงิน * สำเนาใบเสร็จรับเงิน กรณีการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เหลือจากเงินค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากเงินงบประมาณแผ่นดินตามสิทธิของข้าราชการบำนาญ หรือประกันสังคมตามสิทธิของผู้ประกันตน หรือประกันกลุ่มตามสิทธิของพนักงานมหาวิทยาลัย * หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ตามบัญชีแนบท้ายประกาศฯ * สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์ (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงธนาคาร) * เอกสารเพิ่มเติมกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูล) ○ <u>กรณีบิดา/มารดา</u> - สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เบิก **ผู้ขอเบิกรับรองสำเนาถูกต้อง** - สำเนาบัตรประชาชนของบิดา/มารดา **บิดา/มารดา รับรองสำเนาถูกต้อง** ○ <u>กรณีบุตร</u> **ผู้ขอเบิกรับรองสำเนาถูกต้อง** - สูติบัตร/สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร - สำเนาบัตรประชาชนของผู้ขอเบิก ○ <u>กรณีคู่สมรส</u> - สำเนาทะเบียนสมรส**ผู้ขอเบิกรับรองสำเนาถูกต้อง** - สำเนาบัตรประชาชนคู่สมรส**คู่สมรสรับรองสำเนาถูกต้อง** ☐ ตารางควบคุมการใช้เงินงบประมาณ (กรณีขออนุมัติเป็นรายครั้ง) ☐ เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)		
2. การอนุมัติเบิกจ่าย ☐ บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน ☐ เอกสารอนุมัติงบประมาณ (ตามข้อ 1)		
3. การคัดยอดผูกพันงบประมาณ		
4. การเบิกจ่ายเงิน		
5. การบันทึกบัญชีและจัดเก็บเอกสาร		



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน หมวด.....กองบริหารศูนย์ลำปาง มธ.ศูนย์ลำปาง โทร.
 ที่ อว ๖๗.๐๖.๓/ วันที่
 เรื่อง ขออนุมัติงบประมาณและขออนุมัติเบิกจ่ายสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยัดหย่น

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปางและการนักศึกษา

ด้วยข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....ใคร่ขออนุมัติงบประมาณ
 และขออนุมัติเบิกจ่ายสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยัดหย่น ของข้าพเจ้า / คู่สมรส / บิดา / มารดา / บุตร
 ชื่อ.....
 จากรายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยัดหย่นที่สามารถเบิกได้ตามรายการเบิกตามบัญชีจาก
☐ หมวด ๑ การป้องกันโรค ☐ หมวด ๒ การรักษาพยาบาล ☐ หมวด ๓ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ
 ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ตามแบบฟอร์มคำขอเบิก
 สวัสดิการด้านสุขภาพแบบยัดหย่นและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายที่แนบมาพร้อมนี้

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ รายการ และอัตราการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๖๖ และที่แก้ไข
 เพิ่มเติม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... สังกัด..... หมายเลขโทรศัพท์ภายใน..... โทรศัพท์มือถือ.....	
เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ) ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน) ☐ พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ ☐ พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว ☐ พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ	
๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ ☐ ตนเอง ☐ คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน ☐ บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน ☐ มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน ☐ บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่..... ของ ☐ บิดา หรือ ☐ มารดา ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (ระบุรายการเบิกตามบัญชี) ดังนี้ ☐ หมวด ๑ การป้องกันโรค ☐ ๑.๑ ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ หรือค่าฉีดวัคซีนทุกประเภท ☐ ๑.๒ ค่าประกันสุขภาพ ☐ หมวด ๒ การรักษาพยาบาล ☐ ๒.๑ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการทางการแพทย์ ☐ ๒.๒ ค่าบริการและค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม ☐ ๒.๓ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการทางการแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน ☐ ๒.๔ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา ☐ ๒.๕ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางการได้ยินและเครื่องช่วยฟัง ☐ ๒.๖ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ตามใบสั่งแพทย์ ☐ หมวด ๓ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ ☐ ๓.๑ ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ ☐ ๓.๒ ค่ายา ☐ ๓.๓ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ☐ ๓.๔ ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกาย ☐ ๓.๕ อุปกรณ์การกีฬาหรือการออกกำลังกาย ☐ ๓.๖ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพ	
เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)	

๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี ☐ เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ) ☐ เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือ ได้เพียงบางส่วน ☐ เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน
๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ ☐ ใบเสร็จรับเงิน (ตามรายการที่ระบุ) ☐ ใบรับรองแพทย์ / ใบสั่งแพทย์ (ตามรายการที่ระบุ) ☐ สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์ ☐ เอกสารกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส) ☐ เอกสารเพิ่มเติมอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)
๕. รายละเอียดการโอนเงิน ชื่อธนาคาร ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี อีเมล (E-mail)
๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขาธิการคณะ/คณบดี/ผู้ช่วยอธิการบดี/รองอธิการบดี/อธิการบดี) เสนอ รองอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปางและการคลัง ข้าพเจ้า นายอรุณ วงศ์คำปวง ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารศูนย์ลำปาง ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด ลงชื่อ.....ผู้รับรอง (นายอรุณ วงศ์คำปวง) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารศูนย์ลำปาง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (นางสาวกุลธิดา ทองทรัพย์) ตำแหน่ง นักทรัพยากรมนุษย์

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(รองศาสตราจารย์ ดร.กิตติวัฒน์ จันทร์แจ่มใส)

ตำแหน่ง รองอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปางและการนํ้าศึกษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เฉพาะเจ้าหน้าที่		
ยอดยกมา	งบปีปัจจุบัน	รวม
.....		
เบิกครั้งก่อน	เบิกครั้งนี้	คงเหลือ
.....		

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน

ส่วนงาน.....

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ส่วนงานที่สังกัด..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้
 ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้
 ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 ประกาศกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่

บัญชีแนบท้ายประกาศมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๘

รายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นที่สามารถเบิกได้

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย*
หมวด ๑ การป้องกันโรค	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ หรือค่าฉีดวัคซีนทุกประเภท โดยต้องเป็นการใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษายาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๑.๒.การประกันสุขภาพ ๑.๒.๑ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพส่วนที่พนักงานมหาวิทยาลัยจ่ายเพิ่มเติม เพื่อทำประกันสุขภาพกลุ่มกับบริษัทประกันซึ่งมหาวิทยาลัยจัดหา ไม่ว่าเพื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัว ๑.๒.๒ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่พนักงานมหาวิทยาลัยจ่ายเพื่อทำประกันสุขภาพให้แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเพิ่มเติมจากข้อ ๑.๒.๑	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - สำเนากรมธรรม์ประกันสุขภาพ (เฉพาะกรณี ๑.๒.๒)
หมวด ๒ การรักษาพยาบาล	
๒.๑ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจรักษาโรค และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการตั้งครรภ์	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษายาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๒.๒ ค่าบริการและค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมเฉพาะเพื่อการรักษาพยาบาล	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษายาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๒.๓ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน เฉพาะเพื่อการตรวจและการรักษาโรค โดยต้องเป็นการใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษายาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย*
๒.๔ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาคความผิดปกติทางสายตา ดังนี้ ค่าแว่นและเลนส์สายตา ค่าคอนแทคเลนส์สายตาพร้อม อุปกรณ์ที่ต้องใช้ประกอบการใส่คอนแทคเลนส์ การทำเลสิก (LASIK)	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - กรณีค่าแว่นและเลนส์สายตา หรือค่าคอนแทค เลนส์พร้อมอุปกรณ์ ให้ระบุค่าสายตาหรือความผิดปกติ ทางสายตาลงในใบเสร็จรับเงินด้วย
๒.๕ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาคความผิดปกติทางการได้ยิน และเครื่องช่วยฟัง	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบสั่งแพทย์
๒.๖ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ตามใบสั่งแพทย์	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบสั่งแพทย์
หมวด ๓ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ	
๓.๑ ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านกายภาพบำบัด เวชกรรมฟื้นฟู จิตบำบัด นวดรักษา อบ หรือประคบเพื่อการรักษา ในสถานพยาบาลของรัฐ หรือ เอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ หรือใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลใน คลินิก/โพลีคลินิก
๓.๒ ค่ายา ดังนี้ ๓.๒.๑ ยาสามัญประจำบ้าน ๓.๒.๒ ยาบำรุงร่างกาย (ไม่รวมเวชสำอาง ผลิตภัณฑ์ เสริมอาหารและไมใช่เพื่อการเสริมความงาม) ได้แก่ (๑) ยาเม็ดวิตามินทุกชนิด (๒) ยาเม็ดแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกายทุกชนิด (๓) ยาเม็ดบำรุงโลหิต เพอร์รัส ซัลเฟต (๔) น้ำมันตับปลาชนิดแคปซูลหรือชนิดน้ำ (๕) น้ำมันปลาชนิดแคปซูลหรือชนิดน้ำ (๖) คอลลาเจนชนิดเม็ด ๓.๒.๓ ยาอื่นนอกจากยาสามัญประจำบ้าน เพื่อ การรักษาโรค ไมใช่เพื่อการเสริมความงาม ๓.๒.๔ อาหารทางการแพทย์ ไมใช่เพื่อการเสริม ความงาม (ผลิตภัณฑ์ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาตจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวง สาธารณสุข)	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย*
๓.๓ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้ ๓.๓.๑ เวชภัณฑ์ทั่วไป (๑) อุปกรณ์ปฐมพยาบาล สำลี ผ้าก๊อซ ผ้าพันแผล พลาสติกห่อยา เทปแต่งแผล น้ำเกลือสำหรับ ล้างแผล แอลกอฮอล์ (๒) กระบอกฉีดยา หรือไซริงค์ (๓) จุกยางจุ่มก (๔) ผ้ายืดพุงข้อเท้า ข้อเข่า และข้อมือ (๕) สนับเข่าหรือสนับข้อเท้า (๖) ถุงมือแพทย์ (๗) ผ้าอ้อมผู้ใหญ่	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔
๓.๓.๒ เวชภัณฑ์เฉพาะ (๑) เครื่องวัดความดันโลหิต (๒) อุปกรณ์วัดไข้ (๓) เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด แผ่นตรวจน้ำตาล ปากกาเจาะเลือด และเข็มเจาะเลือด (๔) เครื่องตรวจวัดออกซิเจน (๕) เครื่องผลิตออกซิเจน (๖) ชุดตรวจโรคด้วยตนเอง (๗) เครื่องฟอกอากาศ อุปกรณ์บำรุงรักษาเครื่อง ฟอกอากาศ (๘) หน้ากากอนามัย หน้ากากกันฝุ่นละออง (๙) รถเข็นผู้ป่วย (๑๐) อุปกรณ์ช่วยเดิน ไม้เท้า (๑๑) เตียงผู้ป่วย (๑๒) ที่นอนลมป้องกันแผลกดทับ (๑๓) เก้าอี้นั่งถ่าย (๑๔) ชุดดูดเสมหะ (๑๕) เครื่องช่วยหายใจ (๑๖) หน้ากากช่วยหายใจ	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย*
๓.๔ ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรม ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย ดังนี้ ๓.๔.๑ ค่าสมาชิกหรือค่าบริการสนามกีฬาหรือสถานที่ออกกำลังกายทุกประเภท ๓.๔.๒ ค่าสมัครเรียนกีฬาหรือฝึกฝนการออกกำลังกายทุกประเภท ๓.๔.๓ ค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย หรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกายประเภทเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ และไตรกีฬา ที่มีการจัดขึ้นภายในประเทศ	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔
๓.๕ อุปกรณ์การกีฬาหรือการออกกำลังกาย ไม่รวม อุปกรณ์เสริมและอุปกรณ์ตกแต่งเพื่อความสวยงาม ดังนี้ ๓.๕.๑ อุปกรณ์การกีฬาทุกประเภทกีฬา หรืออุปกรณ์เพื่อการออกกำลังกาย โดยต้องเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการเล่น กีฬาหรือในการออกกำลังกายโดยตรง ๓.๕.๒ รองเท้ากีฬา หรือรองเท้าที่ต้องใช้เพื่อการออกกำลังกายโดยตรง ๓.๕.๓ รองเท้าเพื่อสุขภาพแบบหุ้มส้นหรือรัดส้น ๓.๕.๔ นาฬิกาสำหรับการออกกำลังกาย ๓.๕.๕ ชุดกีฬาเพื่อการออกกำลังกายโดยตรง ไม่รวม อุปกรณ์เสริมและตกแต่ง	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ - รายละเอียดที่สามารถบ่งชี้ได้ว่าเป็นอุปกรณ์การกีฬา หรือการออกกำลังกาย
๓.๖ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพ ดังนี้ ๓.๖.๑ เข็มขัด เสื่อพุงหลังเพื่อสุขภาพ ๓.๖.๒ เบาะรองนั่ง เบาะหนุนหลัง คอหรือศีรษะ เพื่อสุขภาพ ไม่รวมเครื่องนอนต่างๆ ๓.๖.๓ แก้วอินวูด อุปกรณ์หรือเครื่องนวดร่างกาย เพื่อสุขภาพ เช่น คอ บ่า ไหล่ หลัง และขา ๓.๖.๔ หมวกนิรภัยหรือหมวกกันน็อก สำหรับผู้ขับขี่ หรือคนโดยสารรถจักรยานยนต์ ๓.๖.๕ อุปกรณ์สำหรับพุงร่างกาย เพื่อการรักษาอาการบาดเจ็บ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันระหว่างการออกกำลังกาย เช่น สนับเข่า สนับศอก พุงข้อเท้า	หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ - รายละเอียดที่สามารถบ่งชี้ได้ว่าเป็นอุปกรณ์เพื่อสุขภาพ

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย*
๓.๖.๖. อุปกรณ์ป้องกัน ช่วยเหลือ ลดการบาดเจ็บ และผลกระทบที่เกิดจากการทำงาน (๑) เก้าอี้เพื่อสุขภาพ (๒) แมสเพื่อสุขภาพ (๓) คีย์บอร์ดเพื่อสุขภาพ	

***หมายเหตุ หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย**

๑. แบบฟอร์มคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยัดหยุน
๒. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงซึ่งมีรายการตามข้อ ๑๙ (สำเนาใบเสร็จรับเงิน ใช้ได้เฉพาะกรณีการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เหลือจากการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากเงินงบประมาณแผ่นดินตามสิทธิของข้าราชการบำนาญ หรือประกันสังคมตามสิทธิของผู้ประกันตน หรือประกันกลุ่มตามสิทธิของพนักงานมหาวิทยาลัย)
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์ (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงธนาคาร) ยกเว้น สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๔. เอกสารเพิ่มเติมกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูล)
 - ๔.๑ สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของสิทธิ กรณีเบิกสวัสดิการยัดหยุนให้แก่ บิดา มารดา
 - ๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร กรณีเบิกสวัสดิการยัดหยุนให้แก่ บุตร
 - ๔.๓ สำเนาทะเบียนสมรส และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน กรณีเบิกสวัสดิการยัดหยุนให้แก่ คู่สมรส