



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หมวด.....กองบริหารศูนย์ลำปาง มธ.ศูนย์ลำปาง โทร. ....  
 ที่ อว ๖๗.๐๖.๓/ วันที่ .....  
 เรื่อง ขออนุมัติงบประมาณและขออนุมัติเบิกจ่ายค่าประกันสุขภาพกองทุนบริหารบุคคล (พนักงานมหาวิทยาลัย)

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปางและกฎหมาย

ด้วยข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... ใคร่ขออนุมัติงบประมาณ  
 และขออนุมัติเบิกจ่ายค่าประกันสุขภาพกองทุนบริหารบุคคล (พนักงานมหาวิทยาลัย) ของข้าพเจ้า / คู่สมรส /  
 บิดา / มารดา / บุตร ชื่อ.....  
 จากรายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นที่สามารถเบิกได้ตามรายการเบิกตามบัญชีจาก  
 หมวด ๑ การป้องกันโรค     หมวด ๒ การรักษาพยาบาล     หมวด ๓ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ  
 ตั้งแต่วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....  
 เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ตามแบบฟอร์มคำขอเบิก  
 สวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นและหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น**  
**โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น**

<p>๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....</p> <p>สังกัด..... หมายเลขโทรศัพท์ภายใน..... โทรศัพท์มือถือ.....</p>						
<p><b>เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ					
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)	<input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว					
<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)	<input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ					
<p>๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ</p> <p><input type="checkbox"/> ตนเอง</p> <p><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....</p> <p><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....</p> <p><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....</p> <p><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน .....</p> <p style="padding-left: 40px;">เกิดวันที่ ..... เป็นบุตรลำดับที่..... ของ <input type="checkbox"/> บิดา หรือ <input type="checkbox"/> มารดา</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ      <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ</p> <p>ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (ระบุรายการเบิกตามบัญชี)</p> <p><input type="checkbox"/> หมวด ๑ การป้องกันโรค</p> <p style="padding-left: 40px;">ค่า.....</p> <p><input type="checkbox"/> หมวด ๒ การรักษาพยาบาล</p> <p style="padding-left: 40px;">ค่า.....</p> <p><input type="checkbox"/> หมวด ๓ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 40px;">ค่า.....</p> <p>เป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท (.....)</p>						
<p>๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน</p> <p><input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน</p>						
<p>๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ</p> <p><input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (ตามรายการที่ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์ / ใบสั่งแพทย์ (ตามรายการที่ระบุ)</p> <p><input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)</p> <p><input type="checkbox"/> เอกสารเพิ่มเติมอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)</p>						

๕. รายละเอียดการโอนเงิน  
 ชื่อธนาคาร ..... ชื่อบัญชี .....  
 เลขที่บัญชี ..... อีเมล(E-mail) .....

๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขอความทั้งสี่ที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ  
 ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขาธิการคณะ/คณบดี/ผู้ช่วยอธิการบดี/รองอธิการบดี/อธิการบดี)  
 เสนอ รองอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปางและกฎหมาย  
 ข้าพเจ้า นายอรุณ วงศ์คำปวง ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารศูนย์ลำปาง ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงิน  
 สวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่  
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด  
 ลงชื่อ..... ผู้รับรอง  
 (นายอรุณ วงศ์คำปวง)  
 ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารศูนย์ลำปาง  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท  
 ลงชื่อ..... ผู้ตรวจหลักฐานเบื้องต้น  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....  
 หมอวศรพิทยากร มนุษย์ กองบริหารศูนย์ลำปาง

๙. คำขออนุมัติ  
 อนุมัติให้เบิกจ่ายได้  
 ลงชื่อ..... อนุมัติ  
 (รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา แก้วละเอียด)  
 ตำแหน่ง รองอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปางและกฎหมาย  
 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**  
**พ.ศ. ๒๕๖๖**

**รายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นที่สามารถเบิกได้**

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย*
<b>หมวด ๑ การป้องกันโรค</b>	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ หรือค่าฉีดวัคซีนทุกประเภท โดยต้องเป็นการใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๑.๒.การประกันสุขภาพ ๑.๒.๑ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพส่วนที่พนักงานมหาวิทยาลัยจ่ายเพิ่มเติม เพื่อทำประกันสุขภาพกลุ่มกับบริษัทประกันซึ่งมหาวิทยาลัยจัดหา ไม่ว่าจะเพื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัว ๑.๒.๒ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่พนักงานมหาวิทยาลัยจ่ายเพื่อทำประกันสุขภาพให้แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเพิ่มเติมจากข้อ ๑.๒.๑	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - สำเนากรมธรรม์ประกันสุขภาพ (เฉพาะกรณี ๑.๒.๒)
<b>หมวด ๒ การรักษาพยาบาล</b>	
๒.๑ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะเพื่อการตรวจและการรักษาโรค	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๒.๒ ค่าบริการและค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมเฉพาะเพื่อการรักษาพยาบาล	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๒.๓ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการแพทย์แผนไทยแพทย์แผนจีน เฉพาะเพื่อการตรวจและการรักษาโรค	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๒.๔ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา ดังนี้ ค่าแว่นและเลนส์สายตา ค่าคอนแทคเลนส์สายตาร่วมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ประกอบการใส่คอนแทคเลนส์ การทำเลสิก (LASIK)	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - กรณีค่าแว่นและเลนส์สายตา หรือค่าคอนแทคเลนส์พร้อมอุปกรณ์ ให้ระบุค่าสายตาหรือความผิดปกติทางสายตาลงในใบเสร็จรับเงินด้วย

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
๒.๕ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางการได้ยินและเครื่องช่วยฟัง	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบสั่งแพทย์
๒.๖ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ตามใบสั่งแพทย์	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบสั่งแพทย์
<b>หมวด ๓ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ</b>	
๓.๑ ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านกายภาพบำบัด เวชกรรมฟื้นฟู จิตบำบัด นวดรักษา ออบหรือประคบเพื่อการรักษา ในสถานพยาบาลของภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ หรือใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลใน คลินิก/โพลีคลินิก
<p>๓.๒ ค่ายา ดังนี้</p> <p>๓.๒.๑ ยาสามัญประจำบ้าน</p> <p>๓.๒.๒ ยาบำรุงร่างกาย (ตามรายการยาสามัญประจำบ้าน แผนปัจจุบัน) ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยาเม็ดวิตามินรวม</li> <li>- ยาเม็ดวิตามินบีรวม</li> <li>- ยาเม็ดวิตามินซี</li> <li>- ยาเม็ดบำรุงโลหิต เฟอร์รัส ซัลเฟต</li> <li>- น้ำมันตับปลาชนิดแคปซูล</li> <li>- น้ำมันตับปลาชนิดน้ำ</li> </ul> <p>๓.๒.๓ ยาอื่นนอกจากยาสามัญประจำบ้าน เพื่อการรักษาโรค ไม่ใช่เพื่อการเสริมความงาม</p>	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔
<p>๓.๓ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เครื่องวัดความดัน</li> <li>- อุปกรณ์วัดไข้</li> <li>- เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดและแผ่นตรวจน้ำตาล</li> <li>- เครื่องตรวจวัดออกซิเจน</li> <li>- เครื่องผลิตออกซิเจน</li> <li>- ชุดตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด ๑๙)</li> <li>- เครื่องฟอกอากาศ อุปกรณ์บำรุงรักษาเครื่องฟอกอากาศ</li> <li>- หน้ากากอนามัย หน้ากากกันฝุ่นละออง</li> </ul>	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
<p>๓.๔ ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรม ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย ดังนี้</p> <p>๓.๔.๑ ค่าสมาชิกหรือค่าบริการสนามกีฬาหรือสถานที่ ออกกำลังกายทุกประเภท</p> <p>๓.๔.๒ ค่าสมัครเรียนกีฬาหรือฝึกฝนการออกกำลังกาย ทุกประเภท</p> <p>๓.๔.๓ ค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย หรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกายประเภทเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ และไตรกีฬา ที่มีการจัดขึ้นภายในประเทศ</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p>
<p>๓.๕ อุปกรณ์การกีฬาหรือการออกกำลังกาย ไม่รวมอุปกรณ์เสริม และอุปกรณ์ตกแต่งเพื่อความสวยงาม ดังนี้</p> <p>๓.๕.๑ อุปกรณ์การกีฬาทุกประเภทกีฬา หรืออุปกรณ์เพื่อการออกกำลังกาย โดยต้องเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการเล่นกีฬาหรือในการออกกำลังกายโดยตรง</p> <p>๓.๕.๒ รองเท้ากีฬาหรือรองเท้าที่ต้องใช้เพื่อการออกกำลังกายโดยตรง และรองเท้าเพื่อสุขภาพแบบหุ้มส้นหรือรัดส้น</p> <p>๓.๕.๓ นาฬิกาสำหรับการออกกำลังกาย</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p>
<p>๓.๖ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพ ดังนี้</p> <p>๓.๖.๑ เข็มขัด เสื้อพยุงหลังเพื่อสุขภาพ</p> <p>๓.๖.๒ เบาะรองนั่ง เบาะหนุนหลัง คอหรือศีรษะ เพื่อสุขภาพ</p> <p>๓.๖.๓ อุปกรณ์หรือเครื่องนวดร่างกายเพื่อสุขภาพ เช่น คอ ป่า ไหล่ หลัง และขา</p> <p>๓.๖.๔ หมวกนิรภัยหรือหมวกกันน็อก สำหรับผู้ขับขี่หรือคนโดยสารรถจักรยานยนต์</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p>

**\*หมายเหตุ หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย**

๑. แบบฟอร์มคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยึดหยุ่น
๒. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงซึ่งมีรายการตามข้อ ๑๙ (สำเนาใบเสร็จรับเงิน ใช้ได้เฉพาะกรณีการเบิกค่ารักษาพยาบาล ส่วนที่เหลือจากการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากเงินงบประมาณแผ่นดินตามสิทธิของข้าราชการ บำนาญ หรือประกันสังคมตามสิทธิของผู้ประกันตน หรือประกันกลุ่มตามสิทธิของพนักงานมหาวิทยาลัย)
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์ (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงธนาคาร) ยกเว้น สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๔. เอกสารเพิ่มเติมกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูล)
  - ๔.๑ สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของสิทธิ กรณีเบิกสวัสดิการยึดหยุ่นให้แก่ บิดา มารดา
  - ๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร กรณีเบิกสวัสดิการยึดหยุ่นให้แก่ บุตร
  - ๔.๓ สำเนาทะเบียนสมรส และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน กรณีเบิกสวัสดิการยึดหยุ่นให้แก่ คู่สมรส