



## 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. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขอความทั้งสินที่ข้าพเจ้าได้ให้ไวข้างตนนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขาธิการคณะ/คณบดี/ผู้ช่วยอธิการบดี/รองอธิการบดี/อธิการบดี)

เสนอ รองอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปางและกฎหมาย

ข้าพเจ้า นายอรุณ วงศ์คำปวง ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารศูนย์ลำปาง ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(นายอรุณ วงศ์คำปวง)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารศูนย์ลำปาง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจหลักฐานเบื้องต้น

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมวดทรัพยากรมนุษย์ 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**  
**ที่จ้างด้วยเงินงบประมาณแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๖๕**

**รายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นที่สามารถเบิกได้**

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย*
<p style="text-align: center;"><b>หมวด ๑ การป้องกันโรค</b></p> <p>๑.๑ ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ หรือค่าฉีดวัคซีนทุกประเภท โดยต้องเป็นการใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย</p> <p>๑.๒.การประกันสุขภาพ</p> <p>๑.๒.๑ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพส่วนที่พนักงานมหาวิทยาลัย จ่ายเพิ่มเติมเพื่อทำประกันสุขภาพกลุ่มกับบริษัทประกันซึ่งมหาวิทยาลัยจัดหาไม่ว่าเพื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัว</p> <p>๑.๒.๒ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่พนักงานมหาวิทยาลัย จ่ายเพื่อทำประกันสุขภาพให้แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเพิ่มเติมจากข้อ ๑.๒.๑</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>-ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- สำเนากรมธรรม์ประกันสุขภาพ (เฉพาะกรณี ๑.๒.๒)</p>
<p style="text-align: center;"><b>หมวด ๒ การรักษาพยาบาล</b></p> <p>๒.๑ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจและการรักษาโรค</p> <p>๒.๒ ค่าบริการและค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมเพื่อการรักษาพยาบาล</p> <p>๒.๓ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการแพทย์แผนไทย ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น ยาสมุนไพร หรือยาแผนไทย การนวดรักษา การอบหรือประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา</p> <p>๒.๔ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา เช่น ค่าแว่นและเลนส์สายตา ค่าคอนแทคเลนส์สายตาพร้อมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ประกอบการใส่คอนแทคเลนส์ การทำเลสิก (LASIK)</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- กรณีค่าแว่นและเลนส์สายตา หรือค่าคอนแทคเลนส์ พร้อมอุปกรณ์ ให้ระบุค่าสายตาหรือความผิดปกติทางสายตาลงในใบเสร็จรับเงินด้วย</p>

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
๒.๕ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ตามใบสั่งแพทย์	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบสั่งแพทย์
<p style="text-align: center;"><b>หมวด ๓ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ</b></p> <p>๓.๑ ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เช่น กายภาพบำบัด จิตบำบัด ในสถานพยาบาลของภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย</p> <p>๓.๒ ค่ายาและเวชภัณฑ์ เช่น</p> <p>    ๓.๒.๑ ยาสามัญประจำบ้าน</p> <p>    ๓.๒.๒ ยาอื่นนอกจากยาสามัญประจำบ้าน</p> <p>    ๓.๒.๓ เครื่องวัดความดัน</p> <p>    ๓.๒.๔ อุปกรณ์วัดไข้</p> <p>    ๓.๒.๕ เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดและแผ่นตรวจน้ำตาล</p> <p>    ๓.๒.๖ เครื่องตรวจวัดออกซิเจน</p> <p>    ๓.๒.๗ เครื่องผลิตออกซิเจน</p> <p>    ๓.๒.๘ ชุดตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด ๑๙)</p> <p>    ๓.๒.๙ เครื่องฟอกอากาศ อุปกรณ์บำรุงรักษาเครื่องฟอกอากาศ</p> <p>    ๓.๒.๑๐ หน้ากากอนามัย หน้ากากกันฝุ่นละออง</p> <p>๓.๓ ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย เช่น</p> <p>    ๓.๓.๑ ค่าสมาชิกหรือค่าบริการสนามกีฬาหรือสถานที่ออกกำลังกายทุกประเภท</p> <p>    ๓.๓.๒ ค่าสมัครเรียนกีฬาหรือฝึกฝนการออกกำลังกายทุกประเภท</p> <p>    ๓.๓.๓ ค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกายประเภทต่าง ๆ เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน วายน้ำ และไตรกีฬา ที่มีการจัดขึ้นภายในประเทศ</p> <p>๓.๔ ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตใจ</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- เอกสารรายการ โครงการ หรือกิจกรรมที่สมัครเข้าร่วม</p>

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
๓.๕ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย เช่น ๓.๕.๑ อุปกรณ์การกีฬาหรือเพื่อการออกกำลังกายทุกประเภท ๓.๕.๒ รองเท้ากีฬาหรือเพื่อการออกกำลังกายทุกประเภทกีฬา รวมทั้งรองเท้าเพื่อสุขภาพ ๓.๕.๓ นาฬิกาสำหรับการออกกำลังกายหรือเพื่อสุขภาพ ๓.๕.๔ อุปกรณ์หรือเครื่องนวดร่างกายเพื่อสุขภาพ เช่น คอ ป่า ไหล่ หลัง และขา ๓.๕.๕ เข็มขัด เสื้อพยุงหลังเพื่อสุขภาพ ๓.๕.๖ เบาะรองนั่ง เบาะหนุนหลัง คอ หรือศีรษะเพื่อสุขภาพ	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔

**\*หมายเหตุ หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย**

๑. แบบฟอร์มคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยึดหยุ่น
๒. ใบเสร็จรับเงินซึ่งมีรายการตามข้อ ๑๕
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์ (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงธนาคาร) ยกเว้น สหกรณ์ออมทรัพย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๔. เอกสารเพิ่มเติม (กรณีเป็นบุคคลในครอบครัว)
  - ๔.๑ สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณี บิดา มารดา บุตร)
  - ๔.๒ สำเนาทะเบียนสมรส และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณี คู่สมรส)