

เลขที่รับเข้าของงานคลังฯ

วันที่รับเอกสาร

เงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล

รายการ	สำหรับงานคลังและพัสดุศูนย์ลำปาง	
	วันที่รับเอกสาร	ผู้บันทึก
1. การอนุมัติงบประมาณ ☐ บันทึกขออนุมัติงบประมาณ ☐ แบบฟอร์มคำขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี (FM-HRM-21) ☐ หลักฐานประกอบการพิจารณาอนุมัติรับเงินสวัสดิการ ตามแบบฟอร์ม * ใบเสร็จรับเงิน * สำเนาใบเสร็จรับเงิน กรณีที่เบิกเงินเพิ่มจากหน่วยงานอื่นหรือเงินประกัน ให้ระบุจำนวนเงินที่สามารถเบิกจากหน่วยงานอื่นหรือเงินประกันได้ในสำเนาใบเสร็จรับเงินด้วย * ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก * 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. การตัดยอดผูกพันงบประมาณ		
4. การเบิกจ่ายเงิน		
5. การบันทึกบัญชีและจัดเก็บเอกสาร		



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ หมวด.....กองบริหารศูนย์ลำปาง มธ.ศูนย์ลำปาง โทร.

ที่ อว 67.06.3/

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติงบประมาณและขออนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

เรียน ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปาง

ด้วยข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... ใคร่ขออนุมัติงบประมาณ
และขออนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของ ข้าพเจ้า / คู่สมรส / บิดา / มารดา / บุตร
ชื่อ.....ซึ่งป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการรักษาพยาบาล ณ โรงพยาบาล/คลินิก
ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ รายการ และอัตราการเบิกจ่ายให้เป็นไปตามประกาศมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เรื่อง สวัสดิการเงินสมทบค่ารักษาพยาบาลสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน)
พนักงานเงินรายได้ พ.ศ. 2566 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

แบบฟอร์มคำขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงานที่สังกัด.....บรรจุเข้าทำงานวันที่.....

ประเภทบุคลากร

- | | |
|---|--|
| ☐ ข้าราชการ | ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ) |
| ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย | ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน) |
| ☐ พนักงานเงินรายได้ (ส่วนกลาง) | ☐ พนักงานเงินรายได้ (ส่วนงาน) |

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ☐ ตนเอง
- ☐ คู่สมรส ชื่อ.....
- ☐ บิดา ชื่อ.....
- ☐ มารดา ชื่อ.....
- ☐ บุตร ชื่อ.....เกิดวันที่.....เป็นบุตรลำดับที่.....ของ ☐ บิดาหรือ ☐ มารดา
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามถึงแก่กรรมแล้ว

3. ป่วยเป็นโรค.....ได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาล/
 คลินิก/โพลีคลินิก.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

และออกจากสถานพยาบาล เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. ข้าพเจ้าขอรับเงินสมทบค่ารักษาพยาบาล เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

5. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล กรณี

- ☐ 1. เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือเบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินได้เพียงบางส่วน
- ☐ 2. เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยและบุคคลในครอบครัวไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน
- ☐ 3. เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือเบิกจ่ายจากประกันสังคมได้เพียงบางส่วน

6. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขออนุมัติรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล คือ

- ☐ ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ ☐ สำเนาใบเสร็จรับเงิน ☐ ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก

7. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ

.....

8. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ระดับผู้อำนวยการขึ้นไป)

เสนอ ผู้อำนวยการกองบริหารศูนย์ลำปาง

ข้าพเจ้า.....นายอรุณ.....วงศ์คำปวง.....ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการกองบริหารศูนย์ลำปาง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์ลำปางกำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

นายอรุณ วงศ์คำปวง

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการกองบริหารศูนย์ลำปาง

9. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(นางสาวกุลธิดา ทองทรัพย์)

ตำแหน่ง นักทรัพยากรมนุษย์

10. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพ์ฉัตร รสสุธรรม)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายบริหารศูนย์ลำปาง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

11. ใบรับเงิน

ได้รับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไปถูกต้อง

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)