

เลขที่รับเข้าของงานคลังฯ

วันที่รับเอกสาร

เงินสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาล

รายการ	สำหรับงานคลังและพัสดุศูนย์ลำปาง	
	วันที่รับเอกสาร	ผู้บันทึก
1. การอนุมัติงบประมาณ <input type="checkbox"/> บันทึกขออนุมัติงบประมาณ <input type="checkbox"/> แบบฟอร์มคำขอรับเงินเพื่อสวัสดิการสมทบค่ารักษาพยาบาลสำนักงานอธิการบดี (FM-HRM-21) <input type="checkbox"/> หลักฐานประกอบการพิจารณาอนุมัติรับเงินสวัสดิการ ตามแบบฟอร์ม * ใบเสร็จรับเงิน * สำเนาใบเสร็จรับเงิน กรณีที่เบิกเงินเพิ่มจากหน่วยงานอื่นหรือเงินประกัน ให้ระบุจำนวนเงินที่สามารถเบิกจากหน่วยงานอื่นหรือเงินประกันได้ในสำเนาใบเสร็จรับเงินด้วย * ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับรักษาพยาบาลในคลินิก/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** <input type="checkbox"/> ตารางควบคุมการใช้จ่ายงบประมาณ (กรณีขออนุมัติเป็นรายครั้ง) <input type="checkbox"/> เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)		
2. การอนุมัติเบิกจ่าย <input type="checkbox"/> บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน <input type="checkbox"/> เอกสารอนุมัติงบประมาณ (ตามข้อ 1)		
3. การตัดยอดผูกพันงบประมาณ		
4. การเบิกจ่ายเงิน		
5. การบันทึกบัญชีและจัดเก็บเอกสาร		



ประกาศและ

แบบฟอร์ม FM-HRM-21