



สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สสวท.)
ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลสำหรับพนักงานเกษียณอายุ

HR.R-01

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อมูลในข้อ 1 - 3 ให้ครบถ้วน

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

2. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเอง

ชื่อโรค..... ประเภทผู้ป่วย นอก ใน

ชื่อสถานพยาบาล..... จังหวัด.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

จำนวนเงินเป็นตัวอักษร(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

3. ใบรับเงิน (โปรดลงลายมือชื่อทุกครั้งก่อนส่งฝ่ายทรัพยากรบุคคลและพัฒนาองค์กร)

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)..... ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำอนุมัติ (เฉพาะเจ้าหน้าที่)

ความเห็นของเจ้าหน้าที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและพัฒนาองค์กร

รายการที่เบิกไม่ได้ เพราะ.....

เบิกได้ จำนวน.....บาท

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....

(.....)

รท.ผอ.ฝ่ายทรัพยากรบุคคลและพัฒนาองค์กร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นของผู้อนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....