

## ใบเบิกเงินสวัสดิการทั่วไป กองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยบูรพา

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ  
สังกัด ภาควิชา/ส่วนงาน .....  พนักงานมหาวิทยาลัย (สิทธิข้าราชการบำนาญ)  
 พนักงานมหาวิทยาลัย  
 ลูกจ้างมหาวิทยาลัย

๒.  ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการค่าตรวจสุขภาพประจำปี (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท)

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

## ๒.๑ ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงิน ดังนี้

- ได้รับเงินจากสิทธิที่เบิกได้ตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นเงิน.....บาท  
 เบิกได้ตามประกาศสวัสดิการคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นเงิน.....บาท  
 ได้รับเงินจากสิทธิ..... เป็นเงิน.....บาท

## หลักฐานที่ต้องแนบ

- ๑.ใบเสร็จรับเงิน  
๒.ใบรับรองแพทย์ (กรณีใบเสร็จรับเงินไม่ได้ระบุว่าเป็นการตรวจสุขภาพประจำปี หรือไม่ได้แนบโปรแกรมการตรวจสุขภาพ)

- หมายเหตุ** ๑. ในกรณีผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยได้รับใบเสร็จรับเงินมากกว่าหนึ่งฉบับ ให้รวบรวมใบเสร็จรับเงินเพื่อยื่นเรื่องขอเบิกเพียง ๑ ครั้งต่อปีประมาณ หากมีการยื่นเรื่องขอเบิกแล้วจะไม่สามารถดำเนินการยื่นเรื่องเพื่อขอเบิกเพิ่มเติมได้  
๒. กรณีผู้ปฏิบัติงานได้ตรวจสุขภาพประจำปี และค่าตรวจสุขภาพดังกล่าวสามารถเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีตามสิทธิอื่นได้ ให้เบิกจ่ายตามสิทธิอื่นก่อน และเบิกส่วนที่ยังขาดจากสิทธิกองทุนสวัสดิการ (ทั้งนี้รวมกันแล้วต้องไม่เกินสิทธิสวัสดิการ)

๓.  ข้าพเจ้าขอรับสวัสดิการ (กรณีเจ็บป่วย)

- ประสบอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานในหน้าที่ (จ่ายไม่เกินคนละ ๑,๐๐๐ บาท)

## หลักฐานแนบ

- ๑.ใบสำคัญรับเงิน      ๒.ใบรับรองแพทย์      ๓.หนังสือรับรองของหัวหน้าส่วนงาน

- ค่าเยี่ยมไข้ผู้ปฏิบัติงาน (กรณีเป็นผู้ป่วยใน) คนละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง

- เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....  
 เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....  
 เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....

## หลักฐานแนบ

- ๑.ใบสำคัญรับเงิน      ๒.ใบรับรองแพทย์

๔.  ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการค่าทำฟันเพื่อการรักษา ยกเว้นทันตกรรมเพื่อความสวยงาม (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท)

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

## ประวัติการเบิก

- เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... จำนวนเงิน.....บาท  
- เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... จำนวนเงิน.....บาท  
- เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... จำนวนเงิน.....บาท

## หลักฐานที่ต้องแนบ

- ๑.ใบเสร็จรับเงิน  
๒.ใบรับรองแพทย์  
๓.คำสั่งประโยชน์ทดแทน หรือ ใบยืนยันการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทน (จากเว็บประกันสังคม) (สถานะ อนุมัติ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยบูรพา  
จำนวนเงิน.....บาท (.....) จริง

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ  
(.....)  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

#### การตรวจสอบ

เสนอ.....

๑. ข้าพเจ้า ได้ตรวจสอบใบขอเบิกเงินสวัสดิการฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการฯ ได้ตามประกาศ  
คณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา
๒. ผู้ขอรับสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกตามจำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท จริง ไม่เกินอัตราที่กำหนดต่อปี

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

#### คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

#### ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา  
จำนวนเงิน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้อง/ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)  
ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....  
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

#### หมายเหตุ

๑. ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย ตามมาตรา ๔ แห่ง พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๐
๒. อัตรา หมายถึง อัตราตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา