|  |
| --- |
| **แบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย** ข้าพเจ้าเลขประจำตัวประชาชน วัน เดือน ปี เกิดตำแหน่ง สังกัดอยู่บ้านเลขที่ ซอย ถนนตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาลอำเภอ จังหวัด เมื่อวันที่มีความประสงค์ขอรับเงินค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นจำนวนเงิน บาท(.......................................................................................) ทั้งนี้ตามสิทธิของข้าพเจ้าดังนี้ ไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท (กรณีอายุต่ำกว่า ๔๕ ปี) ไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท (กรณีอายุตั้งแต่ ๔๕ ปีขึ้นไป)ทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการขอเบิก ดังนี้ ใบเสร็จรับเงิน เลขที่  ใบรับรองแพทย์  |
|  ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ(.......................................................................)วันที่................................................. |  ได้ตรวจแบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยฉบับนี้แล้ว(.......................................................................)วันที่................................................. |
| อนุมัติให้เบิก(.......................................................................)วันที่................................................. |
|  ได้รับเงินสวัสดิการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน ........... บาท (............................................) ครบถ้วนแล้ว(.......................................................................)วันที่................................................. | ผู้จ่ายเงิน(.......................................................................)วันที่................................................. |