

ใบขอตรวจสอบและยืนยันการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว.....พนักงานสถาบัน เงินงบประมาณ เงินรายได้
ตำแหน่ง.....สังกัด(คณะ/สำนัก/ส่วน.....

ขอให้ตรวจสอบและยืนยันการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ตามข้อ 5.3 ของประกาศสถาบันฯ
เรื่อง สวัสดิการของพนักงานสถาบันเงินงบประมาณ พนักงานสถาบันเงินรายได้ และพนักงานสถาบันประเภท
พื้นฐาน พ.ศ. 2563

- ข้าพเจ้า
 คู่สมรส ชื่อ.....
 บุตร ลำดับที่ 1 ชื่อ.....เกิดเมื่อวันที่.....
 บุตร ลำดับที่ 2 ชื่อ.....เกิดเมื่อวันที่.....

ป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....
วันที่.....เป็นเงิน.....บาท (.....)
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ

- เอกชน ราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับการตรวจสอบยืนยัน
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง

ข้าพเจ้าได้ทำการตรวจสอบการขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลข้างต้นแล้ว ขอยืนยันว่าไม่สามารถเบิกจ่าย
จากการทำประกันกลุ่มได้

(.....)
หัวหน้ากลุ่มงานสวัสดิการบุคลากร
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....