

ใบขอตรวจสอบและยืนยันการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (วิทยาเขตชุมพรฯ)

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

ขอให้ตรวจสอบและยืนยันการไม่สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ตามข้อ 5.3 ของประกาศสถาบันฯ เรื่อง
สวัสดิการของพนักงานสถาบันเงินงบประมาณ พนักงานสถาบันเงินรายได้ และพนักงานสถาบันประเภทพื้นฐาน
พ.ศ. 2563

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

ป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล)
วันที่เป็นเงินบาท (.....)
ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวนฉบับ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ

- เอกชน ราชการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้ขอรับการตรวจสอบยืนยัน
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการคลัง

ข้าพเจ้าได้ทำการตรวจสอบการขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลข้างต้นแล้ว ขอยืนยันว่าไม่สามารถเบิกจ่าย
จากการทำประกันกลุ่มได้

(.....)

หัวหน้ากลุ่มงานสวัสดิการบุคลากร
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(.....)

ผู้อำนวยการส่วนบริหารงานทั่วไป
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....