

ใบเบิกเงินสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความ

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....

2. ขอเบิกเงินสวัสดิการของ ข้าพเจ้า คู่สมรส

3. สวัสดิการที่ขอเบิกในครั้งนี้

สวัสดิการการคลอดบุตร (2 ครั้ง ๆ ละไม่เกิน 20,000 บาท)
คู่สมรส ชื่อ.....
บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อวันที่.....
เป็นบุตรลำดับที่.....สถานที่เกิด.....

สวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปี (ได้ปีละ 1 ครั้ง ๆ ละไม่เกิน 1,200 บาท/ปี)
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

สวัสดิการการรักษาฟัน (ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 1,500 บาท/ปี)
และได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

4.ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการตามประกาศมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดระบบสวัสดิการ
เกี่ยวกับสุขภาพพนักงาน พ.ศ. 2565

เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ
เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วน
ท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
 มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่าสวัสดิการพนักงานมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(2) คู่สมรสของ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
ข้าพเจ้า เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
 เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

<p>5. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา</p> <p>เสนอ อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p> <p>ข้าพเจ้า.....</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการพนักงานฯ ฉบับนี้แล้ว</p> <p>ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการฯ ตามจำนวนที่ขอเบิก</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>	<p>6. เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p> <p>ได้ตรวจสอบข้อมูลของบุคคลดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว</p> <p>ขอรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิเบิกเงิน สวัสดิการพนักงานฯ</p> <p>จริง</p> <p style="text-align: right;">ผู้ตรวจสอบข้อมูล</p> <p>7. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> อนุมัติให้เบิกได้</p> <p>(ลงชื่อ).....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p>
<p>8. ใบรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....</p> <p>ได้รับเงินสวัสดิการพนักงานฯ จำนวน</p> <p>(.....) ไปถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน</p> <p style="text-align: center;">(.....)</p> <p style="text-align: center;">วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> <p style="text-align: center;">(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p>	

คำชี้แจง

1. สวัสดิการการคลอดบุตร ให้แนบเอกสาร 1.สำเนาสูติบัตร 2. สำเนาทะเบียนสมรส 3.ใบเสร็จรับเงิน
2. สวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปี ให้แนบบใบเสร็จรับเงิน
3. สวัสดิการการรักษาฟัน ให้แนบ ใบเสร็จรับเงิน
4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา ให้เสนอต่อหัวหน้าหน่วยงาน
5. คำอนุมัติให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ (คณบดี/รองอธิการบดี/ผู้อำนวยการ)
6. ผู้ตรวจสอบข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน (ส่วนกลาง)
7. คำอนุมัติให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ (คณบดี/รองอธิการบดี/ผู้อำนวยการ)

ใบมอบฉันทะ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน.....กรม.....เบอร์โทรศัพท์.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอมอบฉันทะให้.....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน.....กรม.....เบอร์โทรศัพท์.....

อยู่บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

1. เงิน.....จำนวน.....บาท

(.....)

จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้มอบฉันทะ
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

หมายเหตุ: ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบฉันทะและผู้รับมอบฉันทะอย่างละ 1 ชุด
พร้อมกับรับรองสำเนาถูกต้องด้วย