|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **แบบเบิกเงินสวัสดิการการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย**  ข้าพเจ้า  เลขประจำตัวประชาชน วัน เดือน ปี เกิด  ตำแหน่ง สังกัด  อยู่บ้านเลขที่ ซอย ถนน  ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด  ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี ณ โรงพยาบาล  อำเภอ จังหวัด เมื่อวันที่  มีความประสงค์ขอรับเงินค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพประจำปี 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................................................. |