แบบ สก.๐๒

ใบเบิกเงินสวัสดิการทั่วไป กองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยบูรพา

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน

๑. ข้าพเจ้า.....**ตำแหน่ง**..... ☐ **ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ**

สังกัด ภาควิชา/ส่วนงาน ..... ☐ **พนักงานมหาวิทยาลัย (สิทธิข้าราชการบำนาญ)**

☐ **พนักงานมหาวิทยาลัย**

☐ **ลูกจ้างมหาวิทยาลัย**

๒. ☐ ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการค่าตรวจสุขภาพประจำปี (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาท)

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

๒.๑ **ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงิน ดังนี้**

☐ ได้รับเงินจากสิทธิที่เบิกได้ตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นเงิน.....บาท

☐ เบิกได้ตามประกาศสวัสดิการคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นเงิน.....บาท

☐ ได้รับเงินจากสิทธิ..... เป็นเงิน.....บาท

หลักฐานที่ต้องแนบ

๑.ใบเสร็จรับเงิน

๒.ใบรับรองแพทย์ **(กรณีใบเสร็จรับเงินไม่ได้ระบุว่าเป็นการตรวจสุขภาพประจำปี หรือไม่ได้แนบโปรแกรมการตรวจสุขภาพ)**

<u>หมายเหตุ</u> ๑. ในกรณีผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยได้รับใบเสร็จรับเงินมากกว่าหนึ่งฉบับ ให้รวบรวมใบเสร็จรับเงินเพื่อยื่นเรื่องขอเบิกเพียง ๑ ครั้งต่อปีงบประมาณ หากมีการยื่นเรื่องขอเบิกแล้วจะไม่สามารถดำเนินการยื่นเรื่องเพื่อขอเบิกเพิ่มเติมได้

๒. กรณีผู้ปฏิบัติงานได้ตรวจสุขภาพประจำปี และค่าตรวจสุขภาพดังกล่าวสามารถเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีตามสิทธิอื่นได้ ให้เบิกจ่ายตามสิทธินั้นก่อน และเบิกส่วนที่ยังขาดจากสิทธิกองทุนสวัสดิการ **(ทั้งนี้รวมกันแล้วต้องไม่เกินสิทธิสวัสดิการ)**

๓. ☐ ข้าพเจ้าขอรับสวัสดิการ (กรณีเจ็บป่วย)

☐ ประสบอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานในหน้าที่ (จ่ายไม่เกินคนละ ๑,๐๐๐ บาท)

หลักฐานแนบ

๑.ใบสำคัญรับเงิน **๒.**ใบรับรองแพทย์ **๓.**หนังสือรับรองของหัวหน้าส่วนงาน

☐ ค่าเยี่ยมไข้ผู้ปฏิบัติงาน (กรณีเป็นผู้ป่วยใน) คนละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท ต่อครั้ง ปีละไม่เกิน ๓ ครั้ง

☐ เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....

☐ เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....

☐ เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....

หลักฐานแนบ

๑.ใบสำคัญรับเงิน **๒.**ใบรับรองแพทย์

๔. ☐ ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการค่าทำฟันเพื่อการรักษา <u>ยกเว้น</u>ทันตกรรมเพื่อความสวยงาม (เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท)

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

<u>ประวัติการเบิก</u>

- เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... จำนวนเงิน.....บาท
- เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... จำนวนเงิน.....บาท
- เบิกครั้งที่..... เมื่อ (วัน/เดือน/ปี)..... จำนวนเงิน.....บาท

หลักฐานที่ต้องแนบ

๑.ใบเสร็จรับเงิน

๒.ใบรับรองแพทย์

๓.คำสั่งประโยชน์ทดแทน **หรือ** ใบยืนยันการใช้สิทธิประโยชน์ทดแทน (จากเว็บประกันสังคม) **(สถานะ อนุมัติ)**

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการมหาวิทยาลัยบูรพา

จำนวนเงิน.....บาท (.....) จริง

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....

การตรวจสอบ

เสนอ.....

๑. ข้าพเจ้า ได้ตรวจสอบใบขอเบิกเงินสวัสดิการฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้ขอรับเงินสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกเงินสวัสดิการฯ ได้ตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา

๒. ผู้ขอรับสวัสดิการฯ มีสิทธิเบิกตามจำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท จริง ไม่เกินอัตราที่กำหนดต่อปี

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา

จำนวนเงิน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้อง/ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

หมายเหตุ ๑. ผู้มีสิทธิ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย ตามมาตรา ๔ แห่ง พระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๐

๒. อัตรา หมายถึง อัตราตามประกาศคณะกรรมการสวัสดิการ มหาวิทยาลัยบูรพา