

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....รหัสบุคลากร.....

สังกัด.....โทร.....

ป่วยเป็นโรค.....

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

ขอเบิกเงินจำนวน.....บาท (.....) เพื่อเป็น

☐ ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตรและทันตกรรม (วงเงิน 5,000 บาท)

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

☐ ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ	อนุมัติให้เบิกได้
(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน	(ลงชื่อ).....
(.....)	(.....)
วันที่.....	ตำแหน่ง.....
	วันที่.....