Claim Form for Reimbursement of Medical for Employee Welfare

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตนเอง

I.D.Code ☐☐☐☐☐☐
รหัสประจำตัว

To Director, Office of Human Resources Management
เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารทรัพยากรบุคคล

I, _____ Position _____ Department _____
ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัด

started working for Assumption University since date of _____ Total _____ Year(s) _____ Month(s)
เริ่มปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญตั้งแต่วันที่ รวมเวลา ปี เดือน

I wish to exercise my rights on welfare for staff and instructors according to the Assumption University's Policies issued in 2006 as follows:
ข้าพเจ้าขอใช้สิทธิตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญว่าด้วยสวัสดิการบุคลากร พ.ศ. 2549 ดังต่อไปนี้

Claims for Reimbursement of Medical for Employee Welfare
เบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตนเอง

I have received Medical Check Up/Treatment at Hospital _____
ข้าพเจ้าได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล

From(Date) _____ To(Date) _____ Total amount of money _____ Baht
ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท

I have attached the following **receipts of medical expenses and medical certificate of current academic year** for consideration herewith
ข้าพเจ้าได้เสนอ**ใบเสร็จรับเงินของค่ารักษาพยาบาลและใบรับรองแพทย์ของปีการศึกษาปัจจุบัน**เพื่อประกอบการพิจารณามาพร้อมนี้

totally _____ receipt(s). The total amount of money is _____ Baht
รวม ฉบับ เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น บาท

Signature _____
ลงชื่อ

Date _____
วันที่

For Officials สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบใบคำขอเบิกเงินสวัสดิการ เห็นว่าผู้ร้องขอมีสิทธิและสมควรได้รับเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตนเอง

☐ คนไข้นอก ☐ คนไข้ใน ☐ ส่วนเกินประกันสังคม (กรณี _____)
☐ เต็มจำนวน ☐ อื่น ๆ _____

เพราะ _____

รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น _____ บาท (.....)

ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ _____ ผู้อนุมัติ
วันที่ _____ วันที่ _____

As of August 1, 2011