ใบเบิกเงินสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โทรศัพท์.....

2. มีความประสงค์ขอเบิกเงินสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพของตนเอง

ประเภทการเบิกจ่าย

☐ 1. ประเภทค่าธรรมเนียมสมาชิกหรือใช้บริการหรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

☐ 2. ประเภทวัสดุและอุปกรณ์

☐ 2.1 เพื่อสุขภาพและการกีฬา

☐ 2.2 อุปกรณ์ในการตรวจ ป้องกัน หรือรักษาอาการของโรคต่างๆ รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์และการฉีดวัคซีน

☐ 3. วิตามิน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อบำรุงสุขภาพ เสริมภูมิคุ้นกัน

รายการที่เบิก.....

.....

.....

ซื้อจากบริษัท/ห้างร้าน/ร้านค้า

.....

.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพของตนเอง ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยศิลปากร เกี่ยวกับกองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยศิลปากรและหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการ (ภายในวงเงินสวัสดิการตามสิทธิ ปีละ 7,000 บาท)

เป็นเงิน.....บาท (.....)

3. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพของตนเอง ตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมายและข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

4. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพของตนเอง จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

(สำหรับเจ้าหน้าที่เบิกจ่าย)

ยอดเงินสวัสดิการยืดหยุ่นที่สามารถเบิกได้.....

ยอดเงินสวัสดิการยืดหยุ่นที่เบิกครั้งนี้.....

ยอดเงินสวัสดิการยืดหยุ่นคงเหลือทั้งสิ้น.....