

ใบเบิกเงินสวัสดิการแบบยืดยุ่นด้านสุขภาพ
โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....โทรศัพท์.....

2. มีความประสงค์ขอเบิกเงินสวัสดิการแบบยืดยุ่นด้านสุขภาพของตนเอง

ประเภทการเบิกจ่าย

☐ 1. ประเภทค่าธรรมเนียมสมาชิกหรือใช้บริการหรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย

☐ 2. ประเภทวัสดุและอุปกรณ์

☐ 2.1 เพื่อสุขภาพและการกีฬา

☐ 2.2 อุปกรณ์ในการตรวจ ป้องกัน หรือรักษาอาการของโรคต่างๆ รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์และการฉีควัคซีน

☐ 3. วิตามิน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อบำรุงสุขภาพ เสริมภูมิคุ้มกัน

รายการที่เบิก.....
.....
.....

ซื้อจากบริษัท/ห้างร้าน/ร้านค้า

.....
.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการแบบยืดยุ่นด้านสุขภาพของตนเอง ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยศิลปากร
เกี่ยวกับกองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยศิลปากรและหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการ (ภายในวงเงินสวัสดิการ
ตามสิทธิ 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.....