

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด..... โทร.....

ป่วยเป็นโรค..... สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา.....

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

- ค่ารักษาพยาบาล ค่าคลอดบุตร ค่าตรวจสุขภาพประจำปี และค่าทันตกรรม (เฉพาะชุดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด และรักษารากฟัน)

เอกสารแนบประกอบการขอเบิก

- ใบเสร็จ และ ใบรับรองแพทย์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงิน (.....) วันที่.....	อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....
ใบรับเงิน ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....)	