

แบบขอรับเงินสวัสดิการ

หน่วยงาน..... โทรศัพท์

ชื่อผู้ขอใช้สิทธิ/ขอเบิก..... ตำแหน่ง.....

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว ญาติของสมาชิก

เบิกกรณี กรณีงานศพ ของ () สมาชิก () บิดา () มารดา () คู่สมรส () บุตร

ชื่อ..... ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....

และประกอบพิธีศพ ณ.....

กรณีสมรสตามกฎหมายเป็นครั้งแรก (จำนวน ๒,๐๐๐ บาท)

กรณีสมาชิกเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในสถานพยาบาลติดต่อกันเกินกว่า ๗ วันต่อครั้ง (ของเยี่ยม ในราคาไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท)

กรณีประสบภัยธรรมชาติ (ไม่เกินรายละ ๓,๐๐๐ บาท)

อื่นๆ

รวมจำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท (.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และบุคคลภายนอก โปรดระบุบัญชีธนาคาร.....

เลขที่บัญชี.....

ลงชื่อ..... ผู้ขอเบิก
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง
(.....)

วันที่.....

ข้อเสนอ.....

.....

ลงชื่อ.....

เลขานุการคณะกรรมการสวัสดิการ

วันที่.....

อนุมัติ จำนวน..... บาท

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

..... ได้รับเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน.....บาท

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน

วันที่ได้รับเงิน.....

ประธานกรรมการสวัสดิการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

หมายเหตุ ได้แนบเอกสารหลักฐานมาพร้อม จำนวน.....แผ่น