



## แบบฟอร์มขอเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ผู้ป่วยนอก)

วันที่ .....เดือน.....ปี.....

นาย/นาง/นางสาว ..... รหัสประจำตัว .....

- สังกัด  ป.1       ป.2       ป.3       ป.4       ป.5       ป.6
- สำนักผู้อำนวยการ       วิชาการ       การเงิน       ชุรการ       ปกครอง
- บริหารทั่วไป       กิจกรรมนักเรียน       English Program

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินเป็นค่ารักษาพยาบาล

- ตนเอง
- คู่สมรส      ชื่อ - สกุล .....
- บิดา      ชื่อ - สกุล .....
- มารดา      ชื่อ - สกุล .....
- บุตร      ชื่อ - สกุล .....

จำนวน ..... บาท (.....) ซึ่งป่วยเป็น .....

และเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ .....

เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ถึงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ตามหลักฐานการชำระเงินที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ จำนวน ..... ฉบับ เลขที่บัญชีธนาคาร .....

เบอร์โทรติดต่อ : .....

หมายเหตุ : เบิกได้เฉพาะที่เป็นโรงพยาบาลเท่านั้น ส่วนคลินิกเบิกได้ 2 แห่ง คือ คลินิกหมอไพรัช, คลินิกพิเศษโรงพยาบาลเลิดสิน

- เลขที่บัญชีเงินเดือน หรือ บัญชีของธนาคารกรุงเทพฯ

ลงชื่อ ..... ผู้ขอเบิก

(.....)

ความเห็นคณะกรรมการ .....

.....

.....

ลงชื่อกรรมการ .....

ลงชื่อกรรมการ .....

ลงชื่อกรรมการ .....