

แบบฟอร์มคำขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น  
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....วิทยาลัยสหวิทยาการ.....หมายเลขโทรศัพท์ภายใน.....โทรศัพท์มือถือ.....	
<b>เจ้าหน้าที่ของรัฐประเภท</b> <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย <input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทประจำ <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ) <input type="checkbox"/> พนักงานเงินรายได้ ประเภทชั่วคราว <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัย (ส่วนงาน) <input type="checkbox"/> พนักงานมหาวิทยาลัยตามภารกิจ	
2. ขอเบิกเงินค่าสวัสดิการด้านสุขภาพของ <input type="checkbox"/> ตนเอง <input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... <input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน..... เกิดวันที่.....เป็นบุตรลำดับที่.....ของ <input type="checkbox"/> บิดา หรือ <input type="checkbox"/> มารดา <input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (ระบุรายการเบิกตามบัญชี) ..... ..... ..... เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)	
3. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี <input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ) <input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มีมหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน <input type="checkbox"/> เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน	
4. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ <input type="checkbox"/> ใบเสร็จรับเงิน (ตามรายการที่ระบุ) <input type="checkbox"/> ใบรับรองแพทย์/ ใบสั่งแพทย์ (ตามรายการที่ระบุ) <input type="checkbox"/> สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์ (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงธนาคาร) <input type="checkbox"/> เอกสารกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว - สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของสิทธิ กรณีเบิกสวัสดิการยืดหยุ่นให้แก่ บิดา มารดา - สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร กรณีเบิกสวัสดิการยืดหยุ่นให้แก่ บุตร - สำเนาทะเบียนสมรส และสำเนาบัตรประชาชน กรณีเบิกสวัสดิการยืดหยุ่นให้แก่ คู่สมรส <input type="checkbox"/> เอกสารเพิ่มเติมอื่น ๆ (โปรดระบุ.....)	
5. รายละเอียดการโอนเงิน ชื่อธนาคาร.....ชื่อบัญชี..... เลขที่บัญชี.....อีเมล (E-mail).....	

6. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับสวัสดิการ

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

**เฉพาะเจ้าหน้าที่**

ยอดยกมา	งปีปัจจุบัน	คงเหลือ
.....	.....	.....
เบิกครั้งก่อน	เบิกครั้งนี้	รวม
.....	.....	.....

7. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขานุการคณะ/คณบดี/ผู้ช่วยอธิการบดี/รองอธิการบดี/อธิการบดี)

เสนอ คณบดีวิทยาลัยสหวิทยาการ

ข้าพเจ้า.....นางสาวปาริชาติ ทองอยู่.....ตำแหน่ง .....เลขานุการวิทยาลัยสหวิทยาการ.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิกและเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นางสาวปาริชาติ ทองอยู่)

8. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้ .....บาท

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

9. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน สุเอียนทรมณี)

ตำแหน่งคณบดีวิทยาลัยสหวิทยาการ

วันที่ .....เดือน .....พ.ศ. ....

## ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน

## วิทยาลัยสหวิทยาการ

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
	รวมทั้งสิ้น		

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ส่วนงานที่สังกัด วิทยาลัยสหวิทยาการ ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับการ จัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

**บัญชีแนบท้ายประกาศมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์**  
**เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย**  
**พ.ศ. ๒๕๖๖**

**รายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นที่สามารถเบิกได้**

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย*
<b>หมวด ๑ การป้องกันโรค</b>	
๑.๑ ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ หรือค่าฉีดวัคซีนทุกประเภท โดยต้องเป็นการใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๑.๒.การประกันสุขภาพ ๑.๒.๑ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพส่วนที่พนักงานมหาวิทยาลัยจ่ายเพิ่มเติม เพื่อทำประกันสุขภาพกลุ่มกับบริษัทประกันซึ่งมหาวิทยาลัยจัดหา ไม่ว่าจะเพื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัว ๑.๒.๒ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่พนักงานมหาวิทยาลัยจ่ายเพื่อทำประกันสุขภาพให้แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเพิ่มเติมจากข้อ ๑.๒.๑	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - สำเนากรมธรรม์ประกันสุขภาพ (เฉพาะกรณี ๑.๒.๒)
<b>หมวด ๒ การรักษาพยาบาล</b>	
๒.๑ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะเพื่อการตรวจและการรักษาโรค	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๒.๒ ค่าบริการและค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมเฉพาะเพื่อการรักษาพยาบาล	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๒.๓ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการแพทย์แผนไทยแพทย์แผนจีน เฉพาะเพื่อการตรวจและการรักษาโรค	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในคลินิก/โพลีคลินิก
๒.๔ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา ดังนี้ ค่าแว่นและเลนส์สายตา ค่าคอนแทคเลนส์สายตาร่วมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ประกอบการใส่คอนแทคเลนส์ การทำเลสิก (LASIK)	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - กรณีค่าแว่นและเลนส์สายตา หรือค่าคอนแทคเลนส์พร้อมอุปกรณ์ ให้ระบุค่าสายตาหรือความผิดปกติทางสายตาลงในใบเสร็จรับเงินด้วย

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
๒.๕ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางการได้ยินและเครื่องช่วยฟัง	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบสั่งแพทย์
๒.๖ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ตามใบสั่งแพทย์	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบสั่งแพทย์
<b>หมวด ๓ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ</b>	
๓.๑ ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ด้านกายภาพบำบัด เวชกรรมฟื้นฟู จิตบำบัด นวดรักษา อบหรือประคบเพื่อการรักษา ในสถานพยาบาลของภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบรับรองแพทย์ หรือใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลใน คลินิก/โพลีคลินิก
<p>๓.๒ ค่ายา ดังนี้</p> <p>๓.๒.๑ ยาสามัญประจำบ้าน</p> <p>๓.๒.๒ ยาบำรุงร่างกาย (ตามรายการยาสามัญประจำบ้าน แผนปัจจุบัน) ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยาเม็ดวิตามินรวม</li> <li>- ยาเม็ดวิตามินบีรวม</li> <li>- ยาเม็ดวิตามินซี</li> <li>- ยาเม็ดบำรุงโลหิต เฟอร์รัส ซัลเฟต</li> <li>- น้ำมันตับปลาชนิดแคปซูล</li> <li>- น้ำมันตับปลาชนิดน้ำ</li> </ul> <p>๓.๒.๓ ยาอื่นนอกจากยาสามัญประจำบ้าน เพื่อการรักษาโรค ไม่ใช่เพื่อการเสริมความงาม</p>	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔
<p>๓.๓ ค่าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เครื่องวัดความดัน</li> <li>- อุปกรณ์วัดไข้</li> <li>- เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดและแผ่นตรวจน้ำตาล</li> <li>- เครื่องตรวจวัดออกซิเจน</li> <li>- เครื่องผลิตออกซิเจน</li> <li>- ชุดตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด ๑๙)</li> <li>- เครื่องฟอกอากาศ อุปกรณ์บำรุงรักษาเครื่องฟอกอากาศ</li> <li>- หน้ากากอนามัย หน้ากากกันฝุ่นละออง</li> </ul>	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
<p>๓.๔ ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรม ที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย ดังนี้</p> <p>๓.๔.๑ ค่าสมาชิกหรือค่าบริการสนามกีฬาหรือสถานที่ ออกกำลังกายทุกประเภท</p> <p>๓.๔.๒ ค่าสมัครเรียนกีฬาหรือฝึกฝนการออกกำลังกาย ทุกประเภท</p> <p>๓.๔.๓ ค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกาย หรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกายประเภทเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ และไตรกีฬา ที่มีการจัดขึ้นภายในประเทศ</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p>
<p>๓.๕ อุปกรณ์การกีฬาหรือการออกกำลังกาย ไม่รวมอุปกรณ์เสริม และอุปกรณ์ตกแต่งเพื่อความสวยงาม ดังนี้</p> <p>๓.๕.๑ อุปกรณ์การกีฬาทุกประเภทกีฬา หรืออุปกรณ์เพื่อ การออกกำลังกาย โดยต้องเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการเล่นกีฬาหรือใน การออกกำลังกายโดยตรง</p> <p>๓.๕.๒ รองเท้ากีฬาหรือรองเท้าที่ ต้องใช้เพื่อ การ ออกกำลังกายโดยตรง และรองเท้าเพื่อสุขภาพแบบหุ้มส้นหรือรัดส้น</p> <p>๓.๕.๓ นาฬิกาสำหรับการออกกำลังกาย</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p>
<p>๓.๖ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพ ดังนี้</p> <p>๓.๖.๑ เข็มขัด เสื้อพยุงหลังเพื่อสุขภาพ</p> <p>๓.๖.๒ เบาะรองนั่ง เบาะหนุนหลัง คอหรือศีรษะ เพื่อ สุขภาพ</p> <p>๓.๖.๓ อุปกรณ์หรือเครื่องนวดร่างกายเพื่อสุขภาพ เช่น คอ ป่า ไหล่ หลัง และขา</p> <p>๓.๖.๔ หมวกนิรภัยหรือหมวกกันน็อก สำหรับผู้ขับขี่หรือ คนโดยสารรถจักรยานยนต์</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p>

**\*หมายเหตุ หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย**

๑. แบบฟอร์มคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยึดหยุ่น
๒. ใบเสร็จรับเงินฉบับจริงซึ่งมีรายการตามข้อ ๑๔ (สำเนาใบเสร็จรับเงิน ใช้ได้เฉพาะกรณีการเบิกค่ารักษาพยาบาล ส่วนที่เหลือจากการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากเงินงบประมาณแผ่นดินตามสิทธิของข้าราชการ บำนาญ หรือประกันสังคมตามสิทธิของผู้ประกันตน หรือประกันกลุ่มตามสิทธิของพนักงานมหาวิทยาลัย)
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์ (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงธนาคาร) ยกเว้น สหกรณ์ ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๔. เอกสารเพิ่มเติมกรณีเบิกบุคคลในครอบครัว (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงข้อมูล)
  - ๔.๑ สำเนาทะเบียนบ้านของเจ้าของสิทธิ กรณีเบิกสวัสดิการยึดหยุ่นให้แก่ บิดา มารดา
  - ๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร กรณีเบิกสวัสดิการยึดหยุ่นให้แก่ บุตร
  - ๔.๓ สำเนาทะเบียนสมรส และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน กรณีเบิกสวัสดิการยึดหยุ่นให้แก่ คู่สมรส