

แบบคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด..... โทรศัพท์.....

สายงาน พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัยเปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ

๒. ขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่ เป็นบุตรลำดับที่..... ของ บิดา หรือ มารดา

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ (รายการเบิกตามบัญชี)

.....

เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

๓. ข้าพเจ้าขออนุมัติเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ กรณี

เบิกจ่ายจากเงินงบประมาณแผ่นดินไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน (สำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยที่เปลี่ยนสถานภาพจากข้าราชการ)

เบิกจ่ายจากบริษัทประกันที่มหาวิทยาลัยเป็นผู้จ่ายเงินค่าเบี้ยประกันให้พนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน

เบิกจ่ายจากประกันสังคมไม่ได้ หรือได้เพียงบางส่วน

๔. ข้าพเจ้าได้ส่งหลักฐานประกอบการพิจารณาขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพ คือ

ใบเสร็จรับเงิน

ใบสั่งแพทย์/ใบรับรองแพทย์(รายการที่ระบุ)

อื่น ๆ (สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน, สำเนาทะเบียนสมรส)

๕. รายละเอียดการโอนเงิน

ชื่อธนาคาร ชื่อบัญชี

เลขที่บัญชี อีเมล(E-mail)

๖. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความทั้งสิ้นที่ข้าพเจ้าได้ให้ไว้ข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับสวัสดิการ

เบิกครั้งก่อน เบิกครั้งนี้ คงเหลือ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

.....

๗. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ผู้อำนวยการ/เลขานุการคณะ/คณบดี)

เสนอ คณบดีวิทยาลัยสหวิทยาการ

ข้าพเจ้า นางสาวปาริชาติ ทองอยู่ ตำแหน่ง เลขานุการวิทยาลัยสหวิทยาการ
ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอรับเงินสวัสดิการด้านสุขภาพฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้เป็นเงินตามจำนวนที่ขอเบิก
และเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์กำหนด

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(นางสาวปาริชาติ ทองอยู่)

๘. ได้ตรวจสอบคำขอเบิกและหลักฐานประกอบแล้ว เห็นว่าถูกต้อง ควรอนุมัติจ่ายเงินได้.....บาท

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

๙. คำขออนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ.....อนุมัติ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สายฝน สุเอียนทรเมธี)
ตำแหน่ง คณบดีวิทยาลัยสหวิทยาการ
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน
วิทยาลัยสหวิทยาการ

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
รวมทั้งสิ้น			

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด วิทยาลัยสหวิทยาการ ขอรับรองว่า รายการข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเอง หรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการขอรับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่

บัญชีแนบท้ายประกาศมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย
ที่จ้างด้วยเงินงบประมาณแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๖๕

รายการสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นที่สามารถเบิกได้

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย*
<p style="text-align: center;">หมวด ๑ การป้องกันโรค</p> <p>๑.๑ ค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพ หรือค่าฉีดวัคซีนทุกประเภท โดยต้องเป็นการใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐ หรือเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย</p> <p>๑.๒.การประกันสุขภาพ</p> <p>๑.๒.๑ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพส่วนที่พนักงานมหาวิทยาลัย จ่ายเพิ่มเติมเพื่อทำประกันสุขภาพกลุ่มกับบริษัทประกันซึ่งมหาวิทยาลัยจัดหาไม่ว่าเพื่อตนเองหรือบุคคลในครอบครัว</p> <p>๑.๒.๒ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่พนักงานมหาวิทยาลัย จ่ายเพื่อทำประกันสุขภาพให้แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวเพิ่มเติมจากข้อ ๑.๒.๑</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>-ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- สำเนากรมธรรม์ประกันสุขภาพ (เฉพาะกรณี ๑.๒.๒)</p>
<p style="text-align: center;">หมวด ๒ การรักษาพยาบาล</p> <p>๒.๑ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการทางการแพทย์เพื่อการตรวจและการรักษาโรค</p> <p>๒.๒ ค่าบริการและค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมเพื่อการรักษาพยาบาล</p> <p>๒.๓ ค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการแพทย์แผนไทย ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เช่น ยาสมุนไพร หรือยาแผนไทย การนวดรักษา การอบหรือประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา</p> <p>๒.๔ ค่าใช้จ่ายเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา เช่น ค่าแว่นและเลนส์สายตา ค่าคอนแทคเลนส์สายตาพร้อมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ประกอบการใส่คอนแทคเลนส์ การทำเลสิก (LASIK)</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- กรณีค่าแว่นและเลนส์สายตา หรือค่าคอนแทคเลนส์ พร้อมอุปกรณ์ ให้ระบุค่าสายตาหรือความผิดปกติทางสายตาลงในใบเสร็จรับเงินด้วย</p>

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
๒.๕ ค่ายาและเวชภัณฑ์ ตามใบสั่งแพทย์	- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และ เอกสารเพิ่มเติม ดังนี้ - ใบสั่งแพทย์
<p style="text-align: center;">หมวด ๓ การสร้างเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>๓.๑ ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ เช่น กายภาพบำบัด จิตบำบัด ในสถานพยาบาลของภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย</p> <p>๓.๒ ค่ายาและเวชภัณฑ์ เช่น</p> <p> ๓.๒.๑ ยาสามัญประจำบ้าน</p> <p> ๓.๒.๒ ยาอื่นนอกจากยาสามัญประจำบ้าน</p> <p> ๓.๒.๓ เครื่องวัดความดัน</p> <p> ๓.๒.๔ อุปกรณ์วัดไข้</p> <p> ๓.๒.๕ เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดและแผ่นตรวจน้ำตาล</p> <p> ๓.๒.๖ เครื่องตรวจวัดออกซิเจน</p> <p> ๓.๒.๗ เครื่องผลิตออกซิเจน</p> <p> ๓.๒.๘ ชุดตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (โควิด ๑๙)</p> <p> ๓.๒.๙ เครื่องฟอกอากาศ อุปกรณ์บำรุงรักษาเครื่องฟอกอากาศ</p> <p> ๓.๒.๑๐ หน้ากากอนามัย หน้ากากกันฝุ่นละออง</p> <p>๓.๓ ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกาย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน หรือส่วนงานของมหาวิทยาลัย เช่น</p> <p> ๓.๓.๑ ค่าสมาชิกหรือค่าบริการสนามกีฬาหรือสถานที่ออกกำลังกายทุกประเภท</p> <p> ๓.๓.๒ ค่าสมัครเรียนกีฬาหรือฝึกฝนการออกกำลังกายทุกประเภท</p> <p> ๓.๓.๓ ค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายหรือสร้างเสริมสุขภาพร่างกายประเภทต่าง ๆ เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ และไตรกีฬา ที่มีการจัดขึ้นภายในประเทศ</p> <p>๓.๔ ค่าสมาชิก ค่าใช้บริการ หรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตใจ</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และ เอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- ใบรับรองแพทย์</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p> <p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔ และ เอกสารเพิ่มเติม ดังนี้</p> <p>- เอกสารรายการ โครงการ หรือกิจกรรมที่สมัครเข้าร่วม</p>

รายการที่สามารถเบิกได้	หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย
<p>๓.๕ อุปกรณ์ดูแลสุขภาพและออกกำลังกาย เช่น</p> <p>๓.๕.๑ อุปกรณ์การกีฬาหรือเพื่อการออกกำลังกายทุกประเภท</p> <p>๓.๕.๒ รองเท้านักกีฬาหรือเพื่อการออกกำลังกายทุกประเภทกีฬา รวมทั้งรองเท้าเพื่อสุขภาพ</p> <p>๓.๕.๓ นาฬิกาสำหรับการออกกำลังกายหรือเพื่อสุขภาพ</p> <p>๓.๕.๔ อุปกรณ์หรือเครื่องนวดร่างกายเพื่อสุขภาพ เช่น คอ บ่า ไหล่ หลัง และขา</p> <p>๓.๕.๕ เข็มขัด เสื่อพุงหลังเพื่อสุขภาพ</p> <p>๓.๕.๖ เบาะรองนั่ง เบาะหนุนหลัง คอ หรือศีรษะเพื่อสุขภาพ</p>	<p>- หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายตามหมายเหตุ ข้อ ๑ - ๔</p>

***หมายเหตุ หลักฐานประกอบการเบิกจ่าย**

๑. แบบฟอร์มคำขอเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยึดหยุ่น
๒. ใบเสร็จรับเงินซึ่งมีรายการตามข้อ ๑๕
๓. สำเนาสมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพาณิชย์ (กรณีเบิกครั้งแรกหรือเปลี่ยนแปลงธนาคาร) ยกเว้น สหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
๔. เอกสารเพิ่มเติม (กรณีเป็นบุคคลในครอบครัว)
 - ๔.๑ สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณี บิดา มารดา บุตร)
 - ๔.๒ สำเนาทะเบียนสมรส และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (กรณี คู่สมรส)