

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

ข้าพเจ้า ตำแหน่งสังกัด

..... ขอเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของ:

[] ตนเอง

[] คู่สมรส ชื่อ

[] บิดา / มารดา ชื่อ

[] บุตร ชื่อ เกิดเมื่อวันที่/...../.....

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของ [] ทางราชการ [] เอกชน ชื่อ

..... เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

(ลงชื่อ) ผู้ขอเบิก

(.....)

วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕.....