# ใบเบิกเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

**<u>การให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน (ข้อมูลสุขภาพ)</u>**

มหาวิทยาลัยมหิดลเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของบุคลากร และเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าบุคลากรได้รับความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล จึงขอให้ท่านพิจารณาการให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน (ข้อมูลสุขภาพ) ดังนี้

QR Code ประกาศความเป็นส่วนตัวด้านข้อมูลบุคลากร มหาวิทยาลัยมหิดล

1. ข้าพเจ้ายินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ในการบริหารสวัสดิการและสิทธิประโยชน์
   - ☐ ยินยอม
   - ☐ ไม่ยินยอม โดยข้าพเจ้ารับทราบว่า หากไม่ยินยอมให้เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ข้าพเจ้าจะไม่สามารถเบิกสวัสดิการรักษาพยาบาลได้
2. ☐ ข้าพเจ้าได้ดำเนินการแจ้งให้บุคคลในครอบครัว (ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร) ที่นำมาใช้สิทธิสวัสดิการเบิกค่ารักษาพยาบาลทราบถึงวัตถุประสงค์ในการนำข้อมูลส่วนบุคคลเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย รวมถึงแต่ละบุคคลได้ให้ความยินยอมในส่วนของข้อมูลสุขภาพที่นำมาใช้สิทธิสวัสดิการดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

**1. <u>ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก)</u>** รหัส SAP .....โทรศัพท์.....

1.1 ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด (ก).....
(ภาควิชา/งาน และส่วนงานที่สังกัด)

รหัสประจำตัวพนักงาน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ เลขประจำตัวประชาชน ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1.2 ข้าพเจ้าเลือกสวัสดิการการรักษาพยาบาล ☐ **<u>รูปแบบ 1</u>** หักเงินเดือน 10 % (เบิกส่วนเกินสิทธิได้ภายในวงเงินฯ 200,000 บาท ต่อปี)

☐ **<u>รูปแบบ 2</u>** สมทบกองทุนประกันสังคม 5 % (เบิกส่วนเกินสิทธิได้ภายในวงเงินฯ 20,000 บาท ต่อปี)

1.3 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ☐ คนไข้นอก ☐ คนไข้ใน ประจำปีงบประมาณ.....ครั้งนี้ ดังนี้

- ☐ ข้าพเจ้า จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....
- ☐ คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล (ข).....จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....
- ☐ บิดา มีสิทธิรักษาพยาบาล.....จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....
- ☐ มารดา มีสิทธิรักษาพยาบาล.....จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....
- ☐ บุตร คนที่ 1) ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด.....จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....
- ☐ บุตร คนที่ 2) ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด.....จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....
- ☐ บุตร คนที่ 3) ชื่อ..... ว/ด/ป เกิด.....จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ค).....บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ.....ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น (ง).....บาท

(จำนวนเงินตัวอักษร-(ง).....)

1.4 ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง และต้องการเบิกเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม และ/หรือ สิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ <u>ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเกินไปจากสิทธิที่พึงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ ระงับการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว</u>

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

**<u>หมายเหตุ</u>** : กรณีนำสำเนาใบเสร็จไปเบิกสวัสดิการยืดหยุ่น โปรดรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง วัน/เดือน/ปี.....

**2. <u>ส่วนของคณะ/สถาบันฯ</u>**

**2.1 คำรับรอง**

**เรียน .....<u>คณบดีคณะเภสัชศาสตร์</u>.....**

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามข้อบังคับฯ/ประกาศ และระเบียบที่กำหนด

(ลงชื่อ).....

(.....**<u>นางสาววราพร อินทรสุขศรี</u>**.....)

หัวหน้างานทรัพยากรบุคคล หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2) ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับฯ/ประกาศ และระเบียบที่กำหนด และมีวงเงินกองทุนคงเหลือจริง สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ได้ ดังนี้

<u>วงเงินการเบิกจ่าย</u>

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้.....บาท

หัก เบิกครั้งนี้ .....บาท

คงเหลือหลังหักครั้งนี้.....บาท

(ลงชื่อ).....

(.....**<u>นางสาวสิริมา วุดเด่น</u>**.....)

หัวหน้างานคลัง หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

**2.2 คำอนุมัติ**

**อนุมัติให้เบิกได้**

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**คณบดี/ผู้อำนวยการฯ**

วัน/เดือน/ปี.....

**3. <u>ใบรับเงิน</u>**

ได้รับเงินสวัสดิการรักษาพยาบาล จำนวนเงิน(ตัวเลข).....บาท (จำนวนเงินตัวอักษร-.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

(ลงชื่อ).....**จ่ายผ่านธนาคาร**.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ปรับปรุง ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2565

* โปรดอ่านคำชี้แจงการกรอกข้อมูลด้านหลัง *

**คำชี้แจง**

| | | |
|---|---|---|
| ก | **สังกัด** | ให้ระบุภาควิชา/งาน และส่วนงานที่สังกัด |
| ข | **มีสิทธิรักษาพยาบาล** | ให้ระบุสิทธิรักษาพยาบาลที่มีอยู่ สิทธิประกันสังคม หรือสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| ค | **รวมเป็นเงินทั้งสิ้น** | ให้ระบุจำนวนเงินรวมจากใบเสร็จรับเงินทุกฉบับ |
| ง | **โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น** | ให้ระบุจำนวนเงินรวมตามสิทธิที่ขอเบิกครั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ดังนี้ |

1) พนักงานมหาวิทยาลัย - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ

2) ครอบครัวสิทธิประกันสังคม - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ

3) ครอบครัวสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ - ไม่สามารถเบิกได้

4) ครอบครัวสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ - เบิกได้เฉพาะส่วนที่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ