

ใบเบิกเงินสวัสดิการการรักษาพยาบาลพนักงานมหาวิทยาลัย

การให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน (ข้อมูลสุขภาพ)



QR Code ประกาศความเป็นส่วนตัวด้านข้อมูลบุคลากร

มหาวิทยาลัยมหิดลเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของคุณ และเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าคุณได้รับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

จึงขอให้ท่านพิจารณาการให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน (ข้อมูลสุขภาพ) ดังนี้

- 1. ข้าพเจ้ายินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ เพื่อวัตถุประสงค์ในการบริหารสวัสดิการและสิทธิประโยชน์
[] ยินยอม
[] ไม่ยินยอม
2. ข้าพเจ้าได้ดำเนินการแจ้งให้บุคคลในครอบครัว (ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส และบุตร) ที่นำมาใช้สิทธิสวัสดิการเบิกค่ารักษาพยาบาลทราบถึงวัตถุประสงค์ในการนำข้อมูลส่วนบุคคลเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย รวมถึงแต่ละบุคคลได้ให้ความยินยอมในส่วนของคุณข้อมูลสุขภาพที่นำมาใช้สิทธิสวัสดิการดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

1. ส่วนของพนักงานมหาวิทยาลัย (ผู้ขอเบิก) รหัส SAP โทรศัพท์.....

1.1 ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด..... (ภาควิชา/งาน และส่วนงานที่สังกัด)
รหัสประจำตัวพนักงาน [] เลขประจำตัวประชาชน []

1.2 ข้าพเจ้าเลือกสวัสดิการการรักษาพยาบาล [] รูปแบบ 1 หักเงินเดือน 10 % (เบิกส่วนเกินสิทธิได้ภายในวงเงินฯ 200,000 บาท ต่อปี)
[] รูปแบบ 2 สมทบกองทุนประกันสังคม 5 % (เบิกส่วนเกินสิทธิได้ภายในวงเงินฯ 20,000 บาท ต่อปี)

1.3 ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล [] คนไข้นอก [] คนไข้ใน ประจำปีงบประมาณ.....ครั้ง นี้ ดังนี้
[] ข้าพเจ้า จำนวนเงิน.....บาท โรงพยาบาล.....
[] คู่สมรส มีสิทธิรักษาพยาบาล.....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.....บาท ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ.....ฉบับ โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น.....บาท
(จำนวนเงินตัวอักษร.....)

1.4 ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าได้ชำระเงินไปจริง และต้องการเบิกเฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม และ/หรือ สิทธิอื่น แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ ทั้งนี้ หากข้อมูลที่ข้าพเจ้าแจ้งไม่ถูกต้อง ข้าพเจ้ายินดีคืนเงินที่ได้รับเงินไปจากสิทธิที่พึงได้ โดยยินยอมให้กองทุนฯ ระวังการเบิกจ่ายสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของข้าพเจ้า จนกว่าข้าพเจ้าจะคืนเงินครบถ้วนแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)

หมายเหตุ : กรณีนำสำเนาใบเสร็จไปเบิกสวัสดิการยึดหยุ่น โปรดรับรองสำเนาถูกต้องทุกครั้ง วัน/เดือน/ปี.....

2. ส่วนของคณะ/สถาบันฯ

2.1 คำรับรอง

เรียนคณบดีคณะเภสัชศาสตร์.....

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่า

1) พนักงานรายนี้และบุคคลในครอบครัว มีสิทธิเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลตามข้อบังคับฯ/ประกาศ และระเบียบที่กำหนด (ลงชื่อ)..... (นางสาววราพร อินทรสุขศรี...)

2) ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามข้อบังคับฯ/ประกาศ และระเบียบที่กำหนด และมีวงเงินกองทุนคงเหลือจริง สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนี้ได้ ดังนี้

วงเงินการเบิกจ่าย

คงเหลือก่อนหักครั้งนี้.....บาท
หัก เบิกครั้งนี้.....บาท
คงเหลือหลังหักครั้งนี้.....บาท

(ลงชื่อ)..... (นางทศวรรณ เอี่ยมวิม้งสา...)

หัวหน้างานคลัง หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย

2.2 คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)..... (.....)

ตำแหน่ง.....

คณบดี/ผู้อำนวยการฯ

วัน/เดือน/ปี.....

3. ใบรับเงิน

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

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

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

(.....)

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

วัน/เดือน/ปี.....

คำชี้แจง

ก

สังกัด

ให้ระบุภาควิชา/งาน และส่วนงานที่สังกัด

ข

มีสิทธิรักษาพยาบาล

ให้ระบุสิทธิรักษาพยาบาลที่มีอยู่ สิทธิประกันสังคม หรือสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น

ให้ระบุจำนวนเงินรวมจากใบเสร็จรับเงินทุกฉบับ

ง

โดยขอเบิกครั้งนี้ทั้งสิ้น

ให้ระบุจำนวนเงินรวมตามสิทธิที่ขอเบิกครั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

- 1) พนักงานมหาวิทยาลัย - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ
- 2) ครอบครัวยุติธรรม - เบิกได้เฉพาะส่วนที่เกินสิทธิประกันสังคม แต่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ
- 3) ครอบครัวยุติธรรมข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ - ไม่สามารถเบิกได้
- 4) ครอบครัวยุติธรรมสุขภาพแห่งชาติ - เบิกได้เฉพาะส่วนที่ไม่เกินสิทธิข้าราชการ