ใบเบิกเงินสวัสดิการ – ค่าสร้างเสริมสุขภาพ

พนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... .....

สังกัด..... .....เบอร์โทรติดต่อ .....

วันที่บรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย .....เลขประจำตัวบุคลากร.....

2. รายการขอเบิก ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ ดังนี้

(1) .....

ซื้อวันที่ .....จำนวนเงิน.....บาท

(2) .....

ซื้อวันที่ .....จำนวนเงิน.....บาท

(3) .....

ซื้อวันที่ .....จำนวนเงิน.....บาท

(4) .....

ซื้อวันที่ .....จำนวนเงิน.....บาท

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..... บาท (.....)

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การขอเบิกเงินสวัสดิการ-ค่าสร้างเสริมสุขภาพ ตามข้อ 2 ในปีงบประมาณปัจจุบัน เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย หากตรวจพบในภายหลังไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากมหาวิทยาลัย เพื่อชดใช้คืนตามจำนวนเงินที่ไม่มีสิทธิเบิก

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....

(ด้านหลัง)

สำหรับหน่วยงาน

ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการ – ค่าสร้างเสริมสุขภาพ ฉบับนี้แล้ว ผู้ขอเบิกมีสิทธิ์เบิกได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยทุกประการ

ปีงบประมาณปัจจุบัน ผู้ขอเบิกมีรายการเบิก - ค่าส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

<u>เบิกแล้วก่อนใบเบิกฉบับนี้</u> จำนวนเงิน.....บาท (วันที่จ่าย.....)

<u>ขอเบิกตามใบเบิกฉบับนี้</u> จำนวนเงิน.....บาท งบประมาณคงเหลือ.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา
(.....)
วันที่.....

อนุมัติให้จ่ายได้

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ใบรับเงิน

☐ รับเป็นเงินสด ได้รับเงินจำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อรับเงินต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....

☐ โอนเข้าบัญชีเงินฝาก (บัญชีเงินเดือนของพนักงานมหาวิทยาลัย)

○ ธ. กรุงไทย จก. ○ ธ.ไทยพาณิชย์ จก. ○ สหกรณ์ออมทรัพย์ มศว

(ลงชื่อ) .....ผู้จ่ายเงิน / ผู้โอนเงิน

(.....)

วันที่.....

แบบฟอร์มนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัยในการประชุมครั้งที่ 8 / 2564 เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2564