



ประกาศมหาวิทยาลัยศิลปากร

เรื่อง กำหนดจำนวนเงินสดเพื่อจ่ายเป็นเงินสวัสดิการ และหลักเกณฑ์ เงื่อนไข  
หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลและสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพ  
สำหรับบุคลากรประจำ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๙

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงแบบใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลและสวัสดิการ  
ยืดหยุ่นด้านสุขภาพสำหรับบุคลากรประจำของมหาวิทยาลัยศิลปากร

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๕ วรรคสอง และข้อ ๑๗ ของข้อบังคับมหาวิทยาลัยศิลปากร  
ว่าด้วยกองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยศิลปากรและหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๘ อธิการบดี  
มหาวิทยาลัยศิลปากรโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยศิลปากร เมื่อวันที่  
๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ และมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารมหาวิทยาลัยศิลปากร ในการประชุมครั้งที่  
๗/๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙ จึงออกประกาศไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ให้ยกเลิกแบบใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลและสวัสดิการยืดหยุ่นด้านสุขภาพ  
ตามแบบแนบท้ายประกาศมหาวิทยาลัยศิลปากร เรื่อง กำหนดจำนวนเงินสดเพื่อจ่ายเป็นเงินสวัสดิการ  
และหลักเกณฑ์ เงื่อนไข หลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลและสวัสดิการ  
แบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพสำหรับบุคลากรประจำ พ.ศ. ๒๕๖๘ และให้ใช้แบบใบเบิกเงินสวัสดิการ  
ค่ารักษาพยาบาล และแบบใบเบิกเงินสวัสดิการยืดหยุ่นด้านสุขภาพแนบท้ายประกาศนี้แทน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(ศาสตราจารย์ ดร. ณะเศรษฐ์ จ้าวหิรัญพัฒน์)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยศิลปากร

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....โทรศัพท์.....

2. มีความประสงค์ขอเบิกเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....

เบิกค่าเบี้ยประกันสุขภาพของบริษัท.....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยศิลปากรเกี่ยวกับกองทุนสวัสดิการ

มหาวิทยาลัยศิลปากรและหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการ

- ตามสิทธิ  เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เฉพาะส่วนที่ขาดออกจากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....)

และ

- (1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
- ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) .....ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

## 3. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมายและข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## 4. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## 5. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

(สำหรับเจ้าหน้าที่เบิกจ่าย)

ยอดเงินสวัสดิการที่สามารถเบิกได้.....

ยอดเงินสวัสดิการที่เบิกครั้งนี้.....

ยอดเงินสวัสดิการคงเหลือทั้งสิ้น.....

ใบเบิกเงินสวัสดิการแบบยัดหย่นด้านสุขภาพ  
โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
สังกัด.....โทรศัพท์.....

2. มีความประสงค์ขอเบิกเงินสวัสดิการแบบยัดหย่นด้านสุขภาพของตนเอง

ประเภทการเบิกจ่าย

1. ประเภทค่าธรรมเนียมสมาชิกหรือใช้บริการหรือค่าสมัครเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับการออกกำลังกาย
2. ประเภทวัสดุและอุปกรณ์
- 2.1 เพื่อสุขภาพและการกีฬา
- 2.2 อุปกรณ์ในการตรวจ ป้องกัน หรือรักษาอาการของโรคต่างๆ รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์และการฉีควัคซีน
3. วิตามิน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อบำรุงสุขภาพ เสริมภูมิคุ้มกัน

รายการที่เบิก.....  
.....  
.....

ชื่อจากบริษัท/ห้างร้าน/ร้านค้า

.....  
.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอเบิกเงินสวัสดิการแบบยัดหย่นด้านสุขภาพของตนเอง ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยศิลปากร  
เกี่ยวกับกองทุนสวัสดิการมหาวิทยาลัยศิลปากรและหลักเกณฑ์การจ่ายเงินสวัสดิการ (ภายในวงเงินสวัสดิการ  
ตามสิทธิ ปีละ 7,000 บาท)

เป็นเงิน.....บาท (.....)

## 3. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพของตนเอง ตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมายและข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## 4. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ) .....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## 5. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการแบบยืดหยุ่นด้านสุขภาพของตนเอง จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

(สำหรับเจ้าหน้าที่เบิกจ่าย)

ยอดเงินสวัสดิการยืดหยุ่นที่สามารถเบิกได้.....

ยอดเงินสวัสดิการยืดหยุ่นที่เบิกครั้งนี้.....

ยอดเงินสวัสดิการยืดหยุ่นคงเหลือทั้งสิ้น.....