



ประกาศ บริษัท อู่กรุงเทพ จำกัด

เรื่อง กำหนดการรับเรื่องขอเบิกเงินค่าสวัสดิการ และกำหนดการโอนเงินค่าสวัสดิการ

.....

ตามที่ในปัจจุบันบริษัทฯ ดำเนินการโอนเงินค่าสวัสดิการเป็นประจำทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน โดยบริษัทฯ เป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมธนาคาร แต่เนื่องจากพนักงานมีความประสงค์ขอให้บริษัทฯ ดำเนินการโอนเงินค่าสวัสดิการเพิ่มขึ้นอีก ๑ ครั้ง ทุกวันที่ ๑๐ ของเดือน โดยพนักงานเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมธนาคาร ความละเอียดทราบแล้วนั้น ต่อมาในการประชุมคณะกรรมการกิจการสัมพันธ์ ครั้งที่ ๒/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๒ มีมติเห็นชอบให้ดำเนินการโอนเงินค่าสวัสดิการดังกล่าว ตามที่นำเสนอ

ดังนั้นเพื่อให้การโอนเงินค่าสวัสดิการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บริษัทฯ โดยกรรมการผู้จัดการ จึงกำหนดการรับเรื่องขอเบิกเงินค่าสวัสดิการ และกำหนดการโอนเงินค่าสวัสดิการ ดังนี้

๑. กรณีพนักงานเสนอเรื่องขอเบิกเงินค่าสวัสดิการให้แผนกทรัพยากรบุคคลลงทะเบียนรับเอกสาร ระหว่างวันที่ ๑ ถึงวันที่ ๑๕ หากเอกสารถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ พนักงานจะได้รับการโอนเงินค่าสวัสดิการ ภายในวันที่ ๒๕ โดยบริษัทฯ เป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมธนาคาร

๒. กรณีพนักงานเสนอเรื่องขอเบิกเงินค่าสวัสดิการให้แผนกทรัพยากรบุคคลลงทะเบียนรับเอกสาร ระหว่างวันที่ ๑๖ ถึงสิ้นเดือน หากเอกสารถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ พนักงานจะได้รับการโอนเงินค่าสวัสดิการ ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป โดยพนักงานเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมธนาคาร

๓. ประกาศนี้ให้ใช้บังคับ ตั้งแต่วันที่ ๑ มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๒

พลเรือตรี

(เอก สารสาส)

กรรมการผู้จัดการ



ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

ตนเอง

คู่สมรส ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บิดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดา ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

บุตร ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ...../...../..... เป็นบุตรลำดับที่

ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ...../...../..... เป็นบุตรลำดับที่

ชื่อ..... เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ...../...../..... เป็นบุตรลำดับที่

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่

..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามระเบียบบริษัท อู่กรุงเทพ จำกัด ว่าด้วย เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๖๑

ตามสิทธิ

เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

ข

เป็นเงิน บาท(.....) และ

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

ก

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

(2)ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ กรรมการผู้จัดการ



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่าสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในระเบียบฯ และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

พลเรือตรี

(เอก สารสาร)

ตำแหน่ง กรรมการผู้จัดการ

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

6. การรับเงิน

เงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลดังกล่าว บริษัทฯ จะดำเนินการ โอนเงินเข้าบัญชีของผู้ขอรับเงินสวัสดิการ ในงวดที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำชี้แจง

- ก ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ