



ใบสำคัญเบิก - จ่าย  
กองทุนเพื่อสุขภาพครูเชนด์คาเบรียล

วันที่ ..... เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า (มาสเตอร์/มิส) .....เลขที่รับเงินเดือน.....

ขอเบิกเงินจำนวน ..... บาท (.....)

เป็นค่า .....

ลำดับที่	รายงาน	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1.	ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจาก สช.		
2.	ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากประกันชีวิตหรือสุขภาพ		
3.	ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากหน่วยงานรัฐ		
4.	ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากหน่วยงานเอกชน		
5.	ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)		
	รวม		

ลงชื่อ ..... ผู้เบิกเงิน

อนุมัติจ่ายตามระเบียบเป็นจำนวนเงิน .....บาท (.....)

กรรมการพิจารณาเบื้องต้น .....

ประธานอนุมัติ .....

ได้รับเงิน ..... บาท ถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน

หัวหน้างานการเงิน

ผู้อำนวยการ