



## รายการเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits CMU)

ชื่อ : .....

นามสกุล : .....

ประเภทพนักงาน (Type) : พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ (.....)

ตำแหน่ง : .....

สังกัด : .....

ประเภทสวัสดิการ : แผนที่ .....

ขอเบิกเงินค่าสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น ดังนี้

- ด้านสุขภาพ
- ด้านสร้างเสริมสุขภาพ
- ด้านส่งเสริมบุคลิกภาพ
- ด้านอื่นๆ

รายการ (ระบุชื่อย่อในด้านที่เบิกจ่าย) .....

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน : .....

จำนวนเงินที่ขอเบิก : .....

ชื่อสถานบริการที่เข้ารับบริการ : .....

เลขที่ใบเสร็จรับเงิน : .....

วันที่ใบเสร็จรับเงิน : .....

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ