**รายการเบิกสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น (Flexible Benefits CMU)**

**ชื่อ : .............................................................................................................................**

**นามสกุล : ....................................................................................................................**

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

**ตำแหน่ง : ....................................................................................................................**

**สังกัด : .........................................................................................................................**

**ประเภทสวัสดิการ : แผนที่ .............**

**ขอเบิกเงินค่าสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่น ดังนี้**

**□ ด้านสุขภาพ**

**□ ด้านสร้างเสริมสุขภาพ**

**□ ด้านส่งเสริมบุคลิกภาพ**

**□ ด้านอื่นๆ**

**รายการ (ระบุข้อย่อยในด้านที่เบิกจ่าย) .........................................................................**

**จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน : .....................................................................................**

**จำวนวนเงินที่ขอเบิก : ..................................................................................................**

**ชื่อสถานบริการที่เข้ารับบริการ : ..................................................................................**

**เลขที่ใบเสร็จรับเงิน : ...................................................................................................**

**วันที่ในใบเสร็จรับเงิน : ................................................................................................**

**ลงชื่อ**.........................................................................**ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ**