

แบบสำรวจการเลือกใช้สิทธิสวัสดิการ
กองทุนสวัสดิการบุคลากรมหาวิทยาลัย
คำรักษาพยาบาล ค่าประกันสุขภาพ และค่าประกันแบบออมทรัพย์

ประเภทพนักงาน

- พนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้
 พนักงานราชการ
 ลูกจ้างเงินรายได้

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความ

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด/สาขาวิชา/กอง.....คณะ/ศูนย์/สำนัก/สถาบัน.....

มีความประสงค์ขอใช้สิทธิการจัดสวัสดิการกองทุนสวัสดิการบุคลากรมหาวิทยาลัย โดยให้เลือกเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง เท่านั้น

- ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเอง คู่สมรส บิดา มารดาและบุตร ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐.- บาท ต่อปีงบประมาณ
- ใช้สิทธิทำประกันสุขภาพให้กับตนเอง คู่สมรส บิดามารดา และบุตรได้ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐.- บาท ต่อปีงบประมาณ
- ใช้สิทธิประกันแบบออมทรัพย์ซึ่งมีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๐ ปี ได้ไม่เกิน ๑๕,๐๐๐ บาท ต่อปีงบประมาณ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เป็นผู้เลือกใช้สิทธิข้างต้นด้วยตนเอง และขอคงสิทธิดังกล่าวตลอดปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ ๑. กองคลังจะทำการสำรวจภายในเดือนกันยายนของทุกปี

๒. ขอให้ศึกษาสิทธิสวัสดิการที่ต้องการก่อนนำเสนอ เพื่อประโยชน์ของพนักงาน