

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                 |                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div style="text-align: center;"> <small>THE STREET RETAIL DEVELOPMENT CO., LTD.</small><br/> <b>THE STREET</b><br/> <small>บริษัท เดอะ สตรีท รีเทล ดีเวลลอปเม้นท์ จำกัด</small> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | บริษัท เดอะ สตรีท รีเทล ดีเวลลอปเม้นท์ จำกัด<br><b>แบบแสดงหลักฐานเพื่อขอเบิกค่าน้ำรักษาพยาบาลสำหรับคนไข้นอก</b> | เริ่มใช้วันที่ <u>26 Oct 2015</u><br>ปรับปรุงครั้งที่ <u>02</u> เมื่อ <u>01 Aug 2022</u> |
| สำหรับพนักงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                          |
| Emp. No./ รหัสพนักงาน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Name / ชื่อ                                                                                                     | Last Name / นามสกุล                                                                      |
| Position / ตำแหน่ง                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Departmant / แผนก                                                                                               | Division / ฝ่าย                                                                          |
| <p>ข้าพเจ้าได้เจ็บป่วยเนื่องจาก.....</p> <p>และได้เข้ารับการรักษายาบาลที่ .....</p> <p>ซึ่งเป็น <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลของรัฐ <input type="checkbox"/> โรงพยาบาลเอกชน</p> <p style="margin-left: 40px;"><input type="checkbox"/> คลินิกเอกชน</p> <p>รวมค่ารักษายาบาล ..... บาท (.....)</p> <p>พร้อมนี้ได้ส่งเอกสารสำคัญเพื่อประกอบการเบิกค่ารักษายาบาล ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)</li> <li>หลักฐานการชำระเงิน (ฉบับจริง)</li> </ol> <p>ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมเปิดเผยข้อมูลให้กับบริษัทฯ</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">         ลงชื่อ ..... ผู้เบิก<br/>         ( ..... )<br/>         ...../...../.....       </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                 |                                                                                          |
| ความเห็นหรือคำรับรองของผู้บังคับบัญชา                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                 |                                                                                          |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> เห็นควรอนุมัติตามระเบียบ         </div> <div> <input type="checkbox"/> อื่นๆ .....         </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;">         หัวหน้างาน .....<br/>         ( ..... )<br/>         ...../...../.....       </div> <div style="width: 45%;">         ผู้บังคับบัญชา .....<br/>         ( ..... )<br/>         ...../...../.....       </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                          |
| ความเห็นฝ่ายทรัพยากรบุคคล                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                 |                                                                                          |
| ได้ตรวจสอบแล้วเห็นว่า พนักงานผู้ขอเบิกค่ารักษายาบาลนี้                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                 |                                                                                          |
| <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;">         1. วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ...../...../.....       </div> <div style="width: 45%;">         วันที่บรรจุเป็นพนักงานประจำ ...../...../.....       </div> </div> <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;">         2. สิทธิในการเบิกค่ารักษายาบาลในปี พ.ศ. ....       </div> <div style="width: 45%;">         วงเงินไม่เกินจำนวน ..... บาท       </div> </div> <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;">         3. เจ็บป่วยหรือเป็นโรคซึ่ง <input type="checkbox"/> สามารถเบิกได้ตามหลักเกณฑ์       </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> เบิกไม่ได้เนื่องจาก.....       </div> </div> <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;">         4. ในระหว่างปี ได้เบิกค่ารักษายาบาลมาแล้วจำนวน .....บาท       </div> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ไม่เกินสิทธิที่จะได้รับ <input type="checkbox"/> เกินไปเป็นจำนวน .....บาท       </div> </div> <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;">         5. เห็นสมควรอนุมัติให้เบิกค่ารักษายาบาลได้สำหรับครั้งนี้เป็นจำนวนเงิน ..... บาท       </div> <div style="width: 45%;">         6. สิทธิคงเหลือหลังการเบิกครั้งนี้ ..... บาท       </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">         ตรวจสอบโดย .....<br/>         ( ..... )<br/>         ผู้จัดการอาวุโสฝ่ายทรัพยากรบุคคลและบริหารสำนักงาน<br/>         ...../...../.....       </div> |                                                                                                                 |                                                                                          |