

สวัสดิการยืดหยุ่นด้านสุขภาพ Flexible benefit 7 รายการ



ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์/ป้องกันโรค



รายการตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มเติม



ค่าสุขภาพปากซัด



ค่าฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค



ค่าเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับบุคคลในครอบครัว



ค่าเบี้ยประกันอุบัติเหตุสำหรับบุคคลในครอบครัว



ค่าบริการทางทันตกรรม

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงิน

ชื่อ สถานที่ที่อยู่ หรือที่ทำการของผู้รับเงิน

1



ใบเสร็จรับเงิน

ชื่อบริษัท/ร้านค้า:
ที่อยู่:
โทรศัพท์/โทรสาร:

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 1234567890123

2

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีของผู้อยู่อาศัยหรือให้บริการ

ชื่อ - สถานที่ของผู้จ่ายเงิน

3

ชื่อ:
ที่อยู่:

เลขที่: 1234567890123
วันที่: XX / XX / XXXX

4

เลขที่ใบเสร็จ

5

วัน เดือน ปีที่รับเงิน

รายละเอียดรายการรับเงิน

6

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน
1	กรอบแว่นตา	500
2	เลนส์	500
*เพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติทางสายตา		
หนึ่งพันบาทถ้วน		1,000

7

จำนวนเงินที่เป็นตัวเลข และตัวอักษร

ชำระโดย: เงินสด
 เงินโอน
 บัตรเครดิต/บัตรเดบิต
 อื่น ๆ (ระบุ)

8

ลายมือชื่อของผู้รับเงิน

.....
.....
ลงชื่อผู้รับเงิน

7 Categories of Flexible Benefit



Medical Devices for Treatment and Prevention of Disease



Medical Checkup (Annual)



Physical Therapy



Vaccination



Health Insurance Premium for Family Members



Accident Insurance Premium for Family Members



Dental Care

Receipt Sample

Name and Address or Office of Payee

1



Receipt

Company/Business Name:
Address:
Telephone/Fax Number:

Taxpayer Identification Number: 1234567890123

Business Tax ID (of the Seller of Goods or Services)

2

Name - Address of Payer

3

Name:
Address:

Receipt No: 1234567890123
Date: XX / XX / XXXX

Receipt No.

4

Date of Receipt

5

Details

6

Number	Details	จำนวนเงิน
1	Glasses frame and lens *To correct/fix visual abnormalities	1,000
One Thousand Baht		1,000

The Amount of Money in Figures and in Print (Letters)

7

Payment by: Cash
 Transfer
 Credit Card/Debit Card
 Others (specify)

.....
...../...../.....
Payee Signature

8

Signature of Payee