

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1.	ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....	
	สังกัด.....	
2.	ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ	
	<input type="checkbox"/> ตนเอง	
	<input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....	
	<input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....	
	<input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....	
	<input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....	
	เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....	
	<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/>	
	ป่วยเป็นโรค.....	
	และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....	
	ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....	
	เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....)	
	ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ	
3.	ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
	<input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น	
	<input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย <input type="checkbox"/>	
	เป็นเงิน.....บาท (.....) และ <input type="checkbox"/>	
	(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น	
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ	
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย	
	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว	
	(2)ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น	
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ	
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย	
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น	

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)
(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

ก

ให้แนบสำเนา คำสั่งศาลที่สั่ง บัญญัติให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ข

ให้แนบคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเบิกเงินอยู่เท่าใดควรจะได้รับเงินทดแทนงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราช

กฤษฎีกา

ค

เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าไรเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญา ประทับกับ

ให้ติดคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร มลั้วแต่กรณี

ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ตามใบเสร็จรับเงินนี้ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินส่วนตัวตกลงจ่ายไปแล้ว

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เป็นจำนวนเงิน.....บาท.....สตางค์

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

