

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 | |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล | |
| <input type="checkbox"/> ตามสิทธิ | <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น |
| | <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย |
| เป็นเงิน.....บาท (.....) และ | |
| (1) ข้าพเจ้า | <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น |
| | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ |
| | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย |
| | <input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว |
| (2).....ข้าพเจ้า | <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น |
| | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ |
| | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย |
| | <input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |

| | |
|--|---|
| <p>4. เสนอ.....</p> <p>ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">ง</div> |
| <p>5. คำอนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">อนุมัติเบิกได้</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง.....</p> | |
| <p>6. ใบรับเงิน</p> <p style="text-align: center;">ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p> | |

คำชี้แจง

- ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ