

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ( ) 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"/> ก |               |
|     | ป่วยเป็นโรค.....   |               |
|     | และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (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  |               |
|     | เป็นเงิน .....   |               |
|     | ..... บาท(.....) และ   |               |
|     | .....) และ   |               |
| (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"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น   |               |

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และขอความขังต้นเป็นจริงทุกประการ

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

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..... บาท  
(..... ) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ให้แนบบนสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

เลขที่บัญชี..... ธนาคาร..... เบอร์โทรศัพท์.....

## ติดใบเสร็จรับเงิน

ค่ารักษาพยาบาล

ค่าสาธารณูปโภค

ค่าการศึกษาบุตร

ค่าอื่น ๆ.....

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)  
ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวตรงจ่ายไปก่อนแล้ว และข้าพเจ้าขอเบิกเงินตามสิทธิ์เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น  
.....บาท (.....) ถ้ามีการผิดพลาดประการใด ที่จะต้องคืนเงิน  
เป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งจำนวนตามระเบียบที่กำหนดไว้

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....