

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....

2. เบิกค่ารักษาของ

- ตนเอง
- คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก

ป่วยเป็นโรค.....
และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก(ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....
.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) ข

และ

- (1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2) ค..... ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่รักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า
สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

เลขที่บัญชี.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

4.เสนอ..... ง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว
ตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

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

5.คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....

6.ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

คำชี้แจง

- ก. ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่งพิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข. ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง. ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ฎีกา.....

ใบสำคัญที่.....

จำนวนเงิน.....บาทสตางค์ ตามใบเสร็จฉบับนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินเป็นการถูกต้อง

ขอรับรองว่าได้ตรวจถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

