ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง 🞏 พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|  |
| --- |
| 1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง .

สังกัด . |
| 1. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

🞏 ตนเอง🞏 คู่สมรส ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน .🞏 บิดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน .🞏 มารดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน .🞏 บุตร ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน . เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่ .ก 🞏 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ 🞏 เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ป่วยเป็นโรค .และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) .ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ 🞏 ทางราชการ 🞏 เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท( ) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ |
| 1. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

🞏 ตามสิทธิ 🞏 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น 🞏 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัยขเป็นเงิน บาท ( ) และ (1) ข้าพเจ้า 🞏 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น 🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ 🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย 🞏 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียวค (2) ข้าพเจ้า 🞏 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น 🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ 🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย 🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |

|  |
| --- |
| 1. เสนอ .

ง ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ ( ) วันที่ เดือน พ.ศ. .  |
| 1. คำอนุมัติ

 อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ) . ( ) ตำแหน่ง . |
| 1. ใบรับเงิน

 ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการักษาพยาบาล จำนวน บาท( ) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน ( ) (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน ( ) วันที่ เดือน พ.ศ. . (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น) |

คำชี้แจง

 ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

ก

ข

 ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตาม

 พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาล

 ตามสัญญาประกันภัย

ค

 ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี

ง

 ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ