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  🞏 เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย  ข  เป็นเงิน บาท ( ) และ  (1) ข้าพเจ้า 🞏 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ  🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  🞏 เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว  ค  (2) ข้าพเจ้า 🞏 ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น  🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่า  สิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ  🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย  🞏 มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |

|  |
| --- |
| 1. เสนอ .   ง  ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัว  ตามจำนวนที่ขอเบิก 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