

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน ☐ พร้อมทั้งกรอกรับข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....(ก) สังกัด.....

๒. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

- ☐ ข้าพเจ้า
- ☐ คู่สมรสชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ มารดาชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- ☐ บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- เกิดเมื่อ.....
- เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
- ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ข)
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามถึงแก่กรรมแล้ว
- ☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรม.....
ป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาล ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่.....เป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการส่วนท้องถิ่น

- ☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาด (ค) เป็นเงิน บาท
(.....) และขอรับรองว่า
- (๑) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- (๒) คู่สมรสของข้าพเจ้า
- ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
- ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำตำแหน่ง
สังกัด
- (๓)ของข้าพเจ้า (ง)
- ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ไม่ต่ำกว่า

(๔) ข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน ๑๕ วัน
เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้รับขอเบิกค่ารักษาพยาบาล
จากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร
ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(๕)ของข้าพเจ้า (ง)

☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน ๑๕ วัน
เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล
จากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร
ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

๔. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ฉ)

เสนอ

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษา
พยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า ผู้เบิกมีสิทธิ
เบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....

()

๕. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)