

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
สังกัด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- ☐ ตนเอง
- ☐ คู่สมรส ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
- ☐ บิดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
- ☐ มารดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
- ☐ บุตร ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ

ป่วยเป็นโรค

และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

..... เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาฯ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก
ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ไปรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..... บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

เลขที่บัญชี..... เบอร์โทรศัพท์ต่อ

หมวดรายจ่าย

ประเภท

☐

ค่าการศึกษาบุตร

☐

ค่ารักษาพยาบาล

ใบสำคัญ.....

ปีที่.....

(ติดใบเสร็จรับเงินแยกเป็นรายคน ห้ามคิดรวมกัน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้จ่ายเป็นเงินค่า.....จริง เป็นเงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับเงินค่า.....ตามสิทธิ์ที่ได้รับคือ ☐ เต็มจำนวน ☐ ไม่เต็มจำนวน
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท(.....)ซึ่งได้จ่ายไปก่อนแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

เอกสารประกอบการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการศึกษาบุตรและค่ารักษาพยาบาล

ผู้มีสิทธิ ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อตัว / ชื่อสกุล (ถ้ามี)

บุคคลในครอบครัว

บิดา ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา
- สำเนาใบสำคัญการสมรสของบิดา หรือ สำเนาใบสำคัญการหย่า
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของบิดา (ถ้ามี)
- สำเนาใบมรณบัตร

มารดา ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของมารดา
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีสิทธิ
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของมารดา (ถ้ามี)
- สำเนาใบมรณบัตร

คู่สมรส ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ทุกฉบับ)

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือ สำเนาทะเบียนบ้านของคู่สมรส
- สำเนาใบสำคัญการสมรสของผู้มีสิทธิกับคู่สมรส หรือ สำเนาใบสำคัญการหย่า
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของคู่สมรส (ถ้ามี)

บุตร ให้แนบเอกสารพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง(ทุกฉบับ)

- สำเนาทะเบียนบ้านของบุตร
- สำเนาหนังสือสำคัญแสดงการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของบุตร
- สำเนาใบสำคัญการสมรสของผู้มีสิทธิกับคู่สมรส หรือ สำเนาใบสำคัญการหย่า
- สำเนาสูติบัตร