

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย/ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

 ข้าพเจ้า.....  คู่สมรส ชื่อ..... บิดา ชื่อ.....  มารดา ชื่อ..... บุตร ชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา).....

เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....

 ยังไม่บรรลุนิติภาวะ  เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถ  เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย

(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....

เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ.....

ป่วยเป็นโรค.....

และได้รับการรักษาพยาบาลจาก ( ชื่อสถานพยาบาล ).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ  ทางราชการ  เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

 เต็มจำนวน  ไม่เต็มจำนวน  เฉพาะส่วนที่ยังขาด 

เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า

(1) ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว(2) คู่สมรสของ  ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำข้าพเจ้า  เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น

ตำแหน่ง.....สังกัด.....

  เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ(3)..... ข้าพเจ้า  ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า(4) ข้าพเจ้า  ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน

เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....

รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท

 ( ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5) .....ของข้าพเจ้า  ง ได้รับ การตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่..... ถึงวันที่ .....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน .....บาท

จ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา  ฉ

เสนอ.....  
ข้าพเจ้า.....  
ตำแหน่ง.....  
ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ ตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....  
(.....)

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

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

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน .....บาท  
(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

- ก ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญหรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี
- ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ค ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังคงอาศัยอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- จ ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- ฉ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ