

## ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....<br>.....สังกัด.....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ<br><input type="checkbox"/> ตนเอง<br><input type="checkbox"/> คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....<br><input type="checkbox"/> บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....<br><input type="checkbox"/> มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....<br><input type="checkbox"/> บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....<br>เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....<br><input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ <input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">ก</span><br>ป่วยเป็นโรค.....<br>และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....<br>ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....<br>.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท<br>(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน .....ฉบับ                                                                                                                                                                                                        |  |
| 3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล<br><input type="checkbox"/> ตามสิทธิ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น<br><input type="checkbox"/> เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย<br>เป็นเงิน.....บาท (.....) และ<br>(1) ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น<br><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ<br><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย<br><input type="checkbox"/> เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว<br>(2).....ข้าพเจ้า <input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น<br><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา<br><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย<br><input type="checkbox"/> มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น |  |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. เสนอ..... | <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">           ง         </div>                                                                                                                                             | <p style="text-align: center;">ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก<br/>ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ) .....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ<br/>(.....)<br/>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p> |
| 5. คำอนุมัติ | <p style="text-align: center;">อนุมัติเบิกได้</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ) .....<br/>(.....)<br/>ตำแหน่ง.....</p>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 6. ใบรับเงิน | <p style="text-align: right;">ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท<br/>(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว</p> <p style="text-align: right;">(ลงชื่อ) ..... ผู้รับเงิน<br/>(.....)<br/>(ลงชื่อ) ..... ผู้จ่ายเงิน<br/>(.....)<br/>วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....<br/>(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

คำชี้แจง

- ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ

ใบแนบบใบสำคัญ

จำนวนเงินตามใบสำคัญรับเงิน จำนวน.....ฉบับ ข้าพเจ้าทตรงจ่ายไปก่อนแล้ว  
เป็นจำนวนเงิน.....บาท.....สตางค์ ขอเบิกเพียง.....บาท.....สตางค์

ตรวจถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....

เจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ผู้จ่ายเงิน