

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
สังกัด

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

- คนเอง เลขประจำตัวประชาชน
- คู่สมรส ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
- บิดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
- มารดา ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน
- บุตร ชื่อ เลขประจำตัวประชาชน

เกิดเมื่อ เป็นบุตรลำดับที่

ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ก

ป่วยเป็นโรค และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ เป็นเงินรวมทั้งสิ้น บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ตามสิทธิ
- เคพะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
- เคพะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน บาท (.....) และ ก

(1) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว ก

(2) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อ้างสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ.....

๑

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

5. คำอนุมัติ

คำอนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจำนวน..... บาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วท่านนั้น)

คำชี้แจง

- ก) ให้แนบบันสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลໄร์ความสามารถหรือเสมือนໄร์ความสามารถ
- ก) ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าไหร่กรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชบัญญัติการเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ก) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ก) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ค่าการศึกษาบุตร ค่ารักษาพยาบาล ค่าการศึกษาบุตร

(ติดใบเสร็จรับเงินแยกเป็นรายคน ห้ามติดรวมกัน)

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงินฉบับนี้ได้จ่ายเป็นคราว

จำนวนเงิน บาท (.....)

และได้จ่ายเงินให้แก่ผู้รับตามสิทธิเป็นการถูกต้องแล้ว ตั้งแต่วันที่

(ลงชื่อ)..... ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตรวจสอบแล้ว

(.....)

งานการเงิน