

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดใส่เครื่องหมาย ลงในช่อง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....	
๒. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล ของ	
<input type="checkbox"/> ข้าพเจ้า	
<input type="checkbox"/> สมรส	ชื่อ.....
<input type="checkbox"/> บิดา	ชื่อ.....
<input type="checkbox"/> มารดา	ชื่อ.....
<input type="checkbox"/> บุตร	ชื่อ.....
<input type="checkbox"/> ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ในฐานะ	<input type="checkbox"/> เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ <input type="checkbox"/> บุตรอยู่ในความปกครองหรืออุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้าโดย
<input type="checkbox"/> หย่าขาดจากสามี	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่มิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
ได้รับค่ารักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....	
ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ <input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เอกชน ตั้งแต่วันที่.....ถึง.....	
รวมเป็นเงิน.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ.....ฉบับ	
๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	
<input type="checkbox"/> เต็มจำนวน	<input type="checkbox"/> ทางราชการ <input type="checkbox"/> เฉพาะส่วน
เป็นเงิน.....บาท (.....) และขอรับรองว่า	
๑.ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้ต่ำกว่า
๒.คู่สมรสของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
	<input type="checkbox"/> เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำตำแหน่ง..... สังกัด.....
๓.ของข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานของส่วนราชการหรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
	<input type="checkbox"/> มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้ต่ำกว่า
๔.ข้าพเจ้า	<input type="checkbox"/> ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้วจำนวน.....บาท (ไม่รวม ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

๕.....ของข้าพเจ้า

ค่าตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้วจำนวน.....บาท (ไม่รวม ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียม และอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

๔. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา

๕. คำขออนุมัติ

เสนอ.....

อนุมัติเบิกจ่ายได้

ข้าพเจ้า

(ลงชื่อ)

ตำแหน่ง.....

(.....)

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว
ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิ เบิกได้ตาม
ระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ)

ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ)

ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)

คำชี้แจง

๑. ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนที่มีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่าข้าราชการบำนาญ ทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด แล้วแต่กรณี
๒. กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตร ซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำร้องแนบมาด้วย
๓. ให้มีคำชี้แจงว่าด้วยมีสิทธิเพียงใด และยังคงอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิได้รับตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
๔. ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา แล้วแต่กรณี
๕. ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
๖. ให้เสนอผู้มีอำนาจลงชื่อ

ใบเสร็จรับเงิน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าได้ทตรงจ่ายเงินตามใบเสร็จรับเงิน เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาล จำนวนเงินที่จ่าย.....บาท
จำนวนที่เบิกได้ตามสิทธิ.....บาท (.....) จริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....