

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน พร้อมทั้งกรอกรับข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....(ก) สังกัด.....

๒. ขอเบิกค่ารักษาพยาบาล

- ข้าพเจ้า
- คู่สมรสชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- มารดาชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
- บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....
เกิดเมื่อ.....
เป็นบุตรลำดับที่ (ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่ (ของมารดา).....
- ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ข)
- เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า โดยการหย่าหรือมิได้สมรสตามกฎหมายหรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว
- เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่โดยมิได้หย่าขาดตามกฎหมาย
(กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม) แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ.....
เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรม.....
ป่วยเป็นโรค.....
และได้รับการรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....
ซึ่งเป็นสถานพยาบาล ทางราชการ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....
ถึงวันที่.....เป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ฉบับ

๓. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการ
เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการส่วนท้องถิ่น

- เต็มจำนวน ไม่เต็มจำนวน เฉพาะส่วนที่ยังขาด (ค) เป็นเงิน บาท
(.....) และขอรับรองว่า
- (๑) ข้าพเจ้า ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
- (๒) คู่สมรสของข้าพเจ้า
 ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ
 เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำตำแหน่ง
สังกัด
- (๓)ของข้าพเจ้า (ง)
 ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ
หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ
 มีสิทธิ แต่สิทธิที่ไม่ต่ำกว่า

(๔) ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน ๑๕ วัน
เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้รับขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(๕)ของข้าพเจ้า (ง)

ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อน ซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาล ในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน ๑๕ วัน
เมื่อวันที่.....ถึงวันที่.....รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท (จ) (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

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

๔. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา (ฉ)

เสนอ

ข้าพเจ้า

ตำแหน่ง

ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่า ผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก

(ลงชื่อ).....

()

๕. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๖. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวนบาท

(.....) ไปถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)