

**ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล**  
**โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น**

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

2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ

☐ ตนเอง

☐ คู่สมรส ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

☐ บิดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

☐ มารดา ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

☐ บุตร ชื่อ.....เลขประจำตัวประชาชน.....

เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่.....

☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ (ก)

ป่วยเป็นโรค.....

และได้เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล).....

ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่.....

ถึงวันที่.....เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

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

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น

☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....( ข )....) และ

( 1 ) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว

( 2 )..(ก)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับ

ต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา ฯ

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย

☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

---

4. เสนอ.....( ง )

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวน  
ที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอสวัสดิการ  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....ปี.....

---

5. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้

(ลงชื่อ).....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

---

6. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท  
(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

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

---

#### คำชี้แจง

- ( ก ) ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง / พิพากษา ให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ( ข ) ให้มีคำชี้แจงด้วยวาจาสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ( ค ) ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ( ง ) ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ใบปิดใบเสร็จ

ฎีกา.....

ใบสำคัญที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าการจ่ายตามใบเสร็จรับเงิน จำนวน.....ฉบับ เป็นเงิน.....บาท  
(.....) เงินจำนวนนี้ ข้าพเจ้าได้จ่ายเงินส่วนตัว  
ไปก่อนแล้ว และข้าพเจ้าขอเบิกตามสิทธิที่เบิกได้จากทางราชการ จำนวน.....บาท

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)