

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง □ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

ก	1 ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....สังกัด..... 2 ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลของ ☐ ข้าพเจ้า ☐ บิดา ชื่อ..... ☐ คู่สมรส ชื่อ..... ☐ มารดา ชื่อ..... ☐ บุตรชื่อ.....เกิดเมื่อ.....เป็นบุตรลำดับที่(ของบิดา)..... เป็นบุตรลำดับที่(ของมารดา)..... ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ☐ เป็นบุตรไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ ข ☐ เป็นบุตรอยู่ในความปกครองของข้าพเจ้าโดยการหย่า หรือได้สมรสตามกฎหมาย หรือสามีถึงแก่กรรมแล้ว ☐ เป็นบุตรอยู่ในความอุปการะเลี้ยงดูของข้าพเจ้า เนื่องจากแยกกันอยู่ โดยมีได้หย่าขาดตามกฎหมาย (กรณีเป็นบุตรแทนที่บุตรซึ่งถึงแก่กรรม)แทนที่บุตรลำดับที่.....ชื่อ..... เกิดเมื่อ.....ถึงแก่กรรมเมื่อ..... ป่วยเป็นโรค..... และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล)..... ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ ☐ ทางราชการ ☐ เอกชน ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ
ค	3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ยังขาดจากสิทธิ เป็นเงิน.....บาท (.....) (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือจากหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า ☐ เป็นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว (2) คู่สมรสของข้าพเจ้า ☐ ไม่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ☐ เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ตำแหน่ง.....สังกัด..... ☐ เป็นพนักงานในหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น ตำแหน่ง.....สังกัด..... ☐ เป็นพนักงานหรือลูกจ้างในรัฐวิสาหกิจ (3)ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลจากรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานของส่วนราชการ หรือราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นที่มีใช้ส่วนราชการ ☐ มีสิทธิ แต่สิทธิที่ได้รับต่ำกว่า (4) ข้าพเจ้า ☐ ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท จ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

(5)ข้าพเจ้า ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลของเอกชนครั้งก่อนซึ่งมีระยะเวลาห่างจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนครั้งนี้ไม่เกิน 15 วัน เมื่อวันที่.....ถึงวันที่..... รวมระยะเวลา.....วัน และได้ขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจากทางราชการไปแล้ว จำนวน.....บาท จ (ไม่รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอวัยวะเทียม รวมทั้งค่าซ่อมแซมอวัยวะเทียมและ อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ).....ผู้รับเงินสวัสดิการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
4. คำรับรองของผู้บังคับบัญชา จ เสนอ ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 4 จังหวัดตรัง ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... ได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉบับนี้แล้วขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบตามจำนวนที่ขอเบิก (ลงชื่อ)..... (.....)	5. คำอนุมัติ อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ)..... (นางสาวปวีณา พิเชฐสินธุ์) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 4 จังหวัดตรัง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
6. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- ☐ ก ถ้าเป็นข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัด ให้เขียนคำว่า ข้าราชการบำนาญ หรือทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดแล้วแต่กรณี
- ☐ ข กรณีขอรับเงินค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้ว แต่เป็นบุตรไร้ความสามารถหรือ เสมือนไร้ความสามารถให้แนบสำเนาคำสั่งศาลมาด้วย
- ☐ ก ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และยังขาดอยู่เท่าใด เมื่อเทียบกับสิทธิที่ได้รับตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล
- ☐ ง ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ☐ จ ใช้เฉพาะในกรณีที่เข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน
- ☐ ฉ ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ

ติดใบเสร็จรับเงิน

☐ ค่ารักษาพยาบาล

☐ ค่าศึกษาบุตร

จำนวนเงินตามใบเสร็จรับเงิน.....ฉบับ รวมเป็นเงิน.....บาท

(.....)

ข้าพเจ้าได้นำเงินส่วนตัวตรงจ่ายไปก่อนแล้ว ข้าพเจ้าขอเบิกเงินจำนวนดังกล่าวข้างต้นเป็นจำนวนเงิน
.....บาท(.....) ถ้ามีการผิดพลาดประการใด
ที่จะต้องคืนเงินเป็นบางส่วน หรือเต็มจำนวน ข้าพเจ้าขอคืนเงินบางส่วน หรือทั้งหมดตามระเบียบที่กำหนดไว้

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....