

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

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

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.....
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
 (.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวนฉบับ

3. ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินค่ารักษาพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

- ☐ ตามสิทธิ ☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
☐ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสัญญาประกันภัย

เป็นเงิน.....บาท (.....) และ

- (1) ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นแต่เลือกใช้สิทธิจากทางราชการ
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ เป็นผู้ใช้สิทธิค่ารักษาพยาบาลสำหรับบุตรแต่เพียงฝ่ายเดียว
- (2).....ข้าพเจ้า ☐ ไม่มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่น แต่ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับต่ำกว่าสิทธิตามพระราชกฤษฎีกา
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
☐ มีสิทธิได้รับค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยงานอื่นในฐานะเป็นผู้อาศัยสิทธิของผู้อื่น

4. เสนอ..... ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับตนเองและบุคคลในครอบครัวตามจำนวนที่ขอเบิก ซึ่งกำหนดไว้ในกฎหมาย และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ง
5. คำอนุมัติ อนุมัติเบิกได้ (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง.....	
6. ใบรับเงิน ได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน.....บาท (.....) ไว้ถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน (.....) (ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... (ลงชื่อต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น)	

คำชี้แจง

- ก

ให้แนบสำเนาคำสั่งศาลที่สั่ง/พิพากษาให้เป็นบุคคลไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- ข

ให้มีคำชี้แจงด้วยว่ามีสิทธิเพียงใด และขาดอยู่เท่าใดกรณีได้รับจากหน่วยงานอื่นเมื่อเทียบสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลหรือขาดอยู่เท่าใดเมื่อได้รับค่ารักษาพยาบาลตามสัญญาประกันภัย
- ค

ให้เติมคำว่า คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตร แล้วแต่กรณี
- ง

ให้เสนอต่อผู้มีอำนาจ